身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生（　　歳） | 男　女 |
| 住　所 |
| ①　障害名（部位を明記） |
| ② | 原因となった　　　　　　　　　　　　　　交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　　　自然災害、疾病、先天性、その他（　　） |
| ③　疾病・外傷発生年月日　　　　年　　月　　日・場　所 |
| ④　参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） |
| 障害固定又は障害確定（推定）　　　　年　　月　　日　 |
| ⑤　総合所見 |
| 〔将来再認定　　要（軽度化・重度化）・不要〕　〔再認定の時期　　　年　　月〕　 |
| ⑥　その他参考となる合併症状 |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　病院又は診療所の名称　　　　　　　　　　　所　 　　在　 　　地　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　　科　医師氏名　　　　　　　　　　　 |
| 身体障害者福祉法第15条第３項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に・該当する　（　　　　　級相当）・該当しない |
| 注意　１　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、痺心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄窄等原因となった疾患名を記入してください。　　　２　肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。　　　３　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第２号　別紙２（その２））を添付してください。　　　４　障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。 |

1/3

申請者氏名

医師氏名

肝臓の機能障害の状態及び所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　肝臓機能障害の重症度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 検査日（第１回） | 検査日（第２回） |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 状態 | 点数 | 状態 | 点数 |
| 肝性脳症 | 無・Ⅰ・ⅡⅢ・Ⅳ・Ⅴ | 　 | 無・Ⅰ・ⅡⅢ・Ⅳ・Ⅴ | 　 |
| 腹水 | 無･軽度･中程度以上 | 　 | 無･軽度･中程度以上 | 　 |
| おおむね 　　　　ℓ | おおむね 　　　　ℓ |
| 血清アルブミン値 | 　 | ℊ/㎗ | 　 | 　 | ℊ/㎗ | 　 |
| プロトロンビン時間 | 　 | ％ | 　 | 　 | ％ | 　 |
| 血清総ビリルビン値 | 　 | mg/㎗ | 　 | 　 | mg/㎗ | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 合計点数 | 点 | 点 |
| （該当するものを○で囲むこと。） | 5～6点・7～9点・10点以上 | 5～6点・7～9点・10点以上 |
| 肝性脳症又は腹水の項目を含む３項目以上における２点以上の有無 | 有　・　無 | 有　・　無 |

注１　90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する２回の診断・検査結果を記載すること。注２　点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。<Child-Pugh分類＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | １点 | ２点 | ３点 |
| 肝性脳症 | 無 | 軽度（Ⅰ・Ⅱ） | 昏睡（Ⅲ以上） |
| 腹水 | 無 | 軽度 | 中程度以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.5ℊ/㎗超 | 2.8～3.5ℊ/㎗ | 2.8ℊ/㎗未満 |
| プロトロンビン時間 | 70％超 | 40～70％ | 40％未満 |
| 血清総ビリルビン値 | 2.0㎎/㎗未満 | 2.0～3.0㎎/㎗ | 3.0㎎/㎗超 |

注３　肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム（1981年）による。注４　腹水は、原則として超音波検査、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね１ℓ以上を軽度、３ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね　　40㎏以下のものについては、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によつてコントロールできないものを中程度以上とする。２　障害の変動に関する因子

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 第１回検査 | 第２回検査 | 　 |
| 180日以上アルコールを摂取していない | ○　・　× | ○　・　× | 　 |
| 改善の可能性がある積極的治療の実施 | ○　・　× | ○　・　× | 　 |

注１　障害の認定に当たつては、原則として各検査日の前180日以上アルコールを摂取していないこと及び各検査時において改善の可能性がある積極的治療を実施していることが必要である。注２　「積極的治療」とは、医師の指示に基づき受診、服薬及び生活上の管理を適切に行つていることをいう。2/3 |
| 申請者氏名　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　３　肝臓移植

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 肝臓移植の実施 | 有　・　無 | 実施年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 抗免疫療法の実施 | 有　・　無 | 　 |

注　肝臓移植を実施した者であつて抗免疫療法を実施しているものは、１、２及び４の記載は省略可能である。４　補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補完的な肝機能診断 | 血清総ビリルビン値5.0㎎/㎗以上 | 有　・　無 |
| 検　査　日 | 年　　　月　　　日 |
| 血中アンモニア濃度150㎍/㎗以上 | 有　・　無 |
| 検　査　日 | 年　　　月　　　日 |
| 血小板数50,000/㎣以下　　 | 有　・　無 |
| 検　査　日 | 年　　　月　　　日 |
| 症状に影響する病歴 | 原発性肝がん治療の既往 | 有　・　無 |
| 確定診断日 | 年　　　月　　　日 |
| 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 | 有　・　無 |
| 確定診断日 | 年　　　月　　　日 |
| 胃食道静脈瘤治療の既往 | 有　・　無 |
| 確定診断日 | 年　　　月　　　日 |
| 現在のＢ型肝炎又はＣ型肝炎ウイルスの持続的感染 | 有　・　無 |
| 最終確認日 | 年　　　月　　　日 |
| 日常生活活動の制限 | １日１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月７日以上ある。 | 有　・　無 |
| １日に２回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に７日以上ある。 | 有　・　無 |
| 有痛性筋けいれんが１日に１回以上ある。 | 有　・　無 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 補完的な肝機能診断等の該当数 | 個 |
| 　　 | 補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無 | 有　・　無 |
| 注　「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。 |

 |

3/3