

身体障害者診断書・意見書(肝臟機能障害用)

氏	名		年	月	日生()歳	男 •	女
住	所							
1	障害名 肝臓機能障害							
2	原因となった 疾病・外傷名				, その他の事 疾病, 先天性,		戦災,)
3	疾病・外傷発生年月日	年 月	日・場	詩所				
4	参考となる経過・現症(エックス紡	限写真及び検査	査所見を1	含む。)				
	障害固	定又は障害の	雀定(推定	≧)		年	月	日
5	総合所見(障害の程度を詳細に記入	(,)						
					(軽症化・1			
	ファルカギルムス人併庁小		再認定の日	時期		年	月	J
6	その他参考となる合併症状							
	 :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	氏名				(印
身	/体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見	見 〔障害程	度等級に	ついて	も参考意見	見を記入〕		
	障害の程度は、身体障害者福祉法							
	該当する (該当しない	級相	1当)					
注	:意 1 障害名には現在起こっている障害	F、例えば両眼:	視力障害、	両耳る	う、右上下肌	支麻痺、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	点、脳卒	中、僧帽弁胴	莫狭窄等原	因とな	った

2 障害区分や等級決定のため、明石市社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。

疾患名を記入してください。

肝臓の機能障害の状況及び所見

1 肝臓の機能障害の重症度

	第1回検査日		第2回検査日			
	年月	日	年 月	日		
	状態	点数	状態	点数		
肝性脳症	なし・I・II・II・IV・V		なし・I・II・II・IV・V			
腹水	なし・軽度・中程度以上		なし・軽度・中程度以上			
N友/\\	おおむね 0		おおむね ℓ			
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ			
プロトロンビン時間	%		%			
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ			

合計点数	点	点
(○で囲む)	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	有・無	有・無
2点以上の有無		

- 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・検査結果を記入すること。
 - 2 点数は、Child-Pugh 分類による点数を記入すること。

〈Child-Pugh 分類〉

	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度(I・Ⅱ)	こん睡(Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8∼3.5g/dℓ	2.8g/dℓ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	2.0mg/dℓ未満	2.0∼3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

- 注1 肝性脳症のこん睡度分類は、犬山シンポジウム(1981年)による。
 - 2 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10以上を軽度、30以上を中程度以上(小児等でその体重がおおむね40kg以下のもの にあっては、薬剤により制御できるものを軽度、薬剤により制御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。	O • ×	O • ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	O • ×	O • ×

3 肝臟移植

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				

4 補完的な肝臓の機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

	血清総ビリルビン値 5.0mg/dℓ以上			左			
	検 査 日		年	月	日	有•	無
補完的な肝臓の 機能診断	血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ以上					+	Ámt.
	検 査 日		年	月	日	有•	無
	血小板数 50,000/m	m³以下				+	<i>4</i> mr.
	検 査 日		年	月	目	有•	無
	原発性肝がん治療の	既往				+	/mt
	確定診断日		年	月	日	有•	無
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往					+	/m²
症状に影響する	確定診断日		年	月	日	有•	無
病歴	胃食道静脈瘤治療の既往					+	/mr.
	確定診断日		年	月	日	有・	無
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染				+	/mr.	
	最終確認日		年	月	日	有•	無
	1日に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に7日以上ある。			い倦	有•	無	
日常生活活動の制限	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の幅気が月に 7日以上ある。			月に	有 •	無	
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。			有 •	無		

補完的な肝臓の機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の	
制限の該当個数	個
補完的な肝臓の機能診断又は症状に影響する病歴の該当の有無	有 · 無

注 肝臓移植を行った者で抗免疫療法を実施しているものにあっては、1、2及び4の記載を 省略することができる。