

様式第1号(13)(第2条関係)

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	男・女
住所		
障害名(部位を明記)		
原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他()	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所
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
総合所見		
〔 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月後) 〕		
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 印		
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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

肝臓の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2及び4の記載は省略可能である。

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	なし・ ・ ・		なし・ ・ ・	
腹水	なし・軽度 中程度以上 おおむね ℓ		なし・軽度 中程度以上 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日以内の間隔をに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。

注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（ ・ ）	昏睡（ 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、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、小児等の体重がおおむね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によっ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回検査時	第2回検査時
検査日前180日間における アルコールの摂取	有 ・ 無	有 ・ 無
改善の可能性のある積極的 治療の実施	有 ・ 無	有 ・ 無

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		

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5.0mg / dl以上	有 ・ 無
	検査日	年 月 日
	血中アンモニア濃度150 μ g / dl以上	有 ・ 無
補完的な肝機能診断	検査日	年 月 日
	血小板数50,000/ mm^3 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 ^{りゅう} 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 ^が を必要とするほどの強い倦怠感 ^{けん} 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 ^{おう} 又は30分以上の嘔気 ^{おう} 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

該 当 個 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