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 | | |
| 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、自然災害  　　疾病・外傷名 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  　　　　　 軽度化による将来再認定　　要　・　不要  　　　　　 (再認定の時期 　　　　　年　　 　月後) | | |
|
|
|
|
|
|
| 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、抗免役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・Ⅰ・Ⅱ  Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ |  | なし・Ⅰ・Ⅱ  Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ |  | | 腹水 | なし・軽度  中程度以上 |  | なし・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 | ㎎／㎗ |  | ㎎／㎗ |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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（Ⅰ・Ⅱ） | 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／㎗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、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40㎏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5.0㎎／㎗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時間以上の安静床を必要とするほどの強い怠感及び易疲労感が月７日以上ある。 | | 有・無 | | １日に２回以上の吐又は30分以上の気が月に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 |  |  |  | | --- | --- | | 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 | |