

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 船橋市		
① 障害名（部位を明記）		
② 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（ ） ※上記のいずれかを必ず選択してください		
③ 疾病・外傷発生日 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 ※診断日以前の日付をご記入ください		
⑤ 総合所見		
[将来再認定： 要・不要] 要の場合 { <ul style="list-style-type: none"> 再認定の理由（重度化・軽度化） 再認定の時期（ 年 月） ※診断日から1年以上5年以内の期間でご記入ください		
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 担当診療科名 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 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。 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」（別様式）を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。		

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師の診断を受けてください

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 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 肝臓移植を行った者であつて、抗免疫療法を実施しているものは、2、3及び4の記載は省略可能である。

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	摂取 ・ 非摂取	摂取 ・ 非摂取
改善の可能性のある積極的治療を実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施

注 アルコール摂取又は積極的治療未実施に1つでも該当するものは、障害認定の対象としない。

3 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 概ね ℓ		なし・軽度 ・中程度以上 概ね 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	
(○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

- 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断及び検査結果を記入すること。
- 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)	昏睡 (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

- 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。
- 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概ね10以上を軽度とし、30以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね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とし、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。

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	a	血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上		有 ・ 無
		検査日	年 月 日	
	b	血中アンモニア濃度150 μ g/dl以上		有 ・ 無
検査日		年 月 日		
c	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	d	原発性肝がん治療の既往		有 ・ 無
		確定診断日	年 月 日	
	e	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無
		確定診断日	年 月 日	
	f	胃食道静脈瘤 ^{りゅう} 治療の既往		有 ・ 無
		確定診断日	年 月 日	
g	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	h	1日に1時間以上の安静臥床 ^が を必要とするほどの強いけん怠感及び易疲労感が月に7日以上ある		有 ・ 無
	i	1日に2回以上の嘔吐 ^{おう} あるいは30分以上の嘔気 ^{おう} が月に7日以上ある		有 ・ 無
	j	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

注 補完的な肝機能診断 (a、b、c) は、「3 肝臓機能障害の重症度」の2回の検査期間内の結果とすること。