様式第３

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 大正昭和平成令和**母 示 中 環 小** | 年　　月　　日生 | 男　女 |
| 住　所 |
| 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（　　　　） |
| 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（レントゲン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 ・ 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） |
| 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、肝臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、Ｃ型肝炎ウィルスに起因する肝硬変、自己免疫性肝障害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、地方社会福祉審議会から改めて次項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況及び所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | なし・Ⅰ・ⅡⅢ・Ⅳ・Ⅴ | 　 | なし・Ⅰ・ⅡⅢ・Ⅳ・Ⅴ | 　 |
| 腹水 | なし・軽度中程度以上 | 　 | なし・軽度中程度以上 | 　 |
| 概ね | ℓ |  | 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 | 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） | 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 |

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概ね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、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 | 第２回検査 |
| 180日以上アルコールを摂取していない | ○　・　× | ○　・　× |
| 改善の可能性のある積極的治療を実施 | ○　・　× | ○　・　× |

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５　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、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、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150μg/dℓ以上 | 有　・　無 |
| 検査日 | 年　　　月　　　日 |
| 血小板数50,000/mm3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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

 |