

第3号様式その13（第6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 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（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 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、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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、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。		

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する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

〔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・I・II III・IV・V		なし・I・II III・IV・V	
腹水	なし・軽度 中程度以上 おおむね 1		なし・軽度 中程度以上 おおむね 1	
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	3.5 g / dl超	2.8～3.5 g / dl	2.8 g / 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1リットル以上を軽度、3リットル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	
	血中アンモニア濃度150 $\mu$ g/dl以上	有 ・ 無
	検査日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	有 ・ 無
	検査日	
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	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日	
	胃食道静脈瘤 <sup>りゅう</sup> 治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日	
	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 <sup>が</sup> を必要とするほどの強い倦怠感 <sup>けん</sup> 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 <sup>おう</sup> 又は30分以上の嘔気 <sup>おう</sup> が月に7日以上ある。	
	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