

## 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	年 月 日生 ( ) 歳	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			
[将来再認定 要 (軽度化・重度化)・不要 ] [再認定の時期 年 月 ]			
⑥ 補装具の必要性の有無 (イ) 有 (ロ) 無			
名称 種類 型式			
⑦ 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 指定医*氏名 ※指定医とは、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師をいう。			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害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、右上下肢麻ひ、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、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 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 (平成15年1月10日障発第0110002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」を添付してください。 3 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頁以降の部分についてお問い合わせをする場合があります。			

肝臓の機能障害の状態及び所見

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・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	
	概ね 1		概ね 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。  
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。

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) 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。

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 $\mu$ g/dl以上		有 ・ 無
	検 査 日	年 月 日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 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 <sup>りゅう</sup> 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 <sup>が</sup> を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感 <sup>けん</sup> が月7日以上ある		有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐 <sup>おう</sup> あるいは30分以上の嘔気 <sup>おう</sup> が月に7日以上ある		有 ・ 無
	有痛性筋けいれん <sup>が</sup> 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