

総括表

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

氏名	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生	男 ・ 女								
住所										
① 障害名(部位を明記) 肝臓機能障害										
② 原因となった 疾病・外傷名										
交通・労災・その他の事故 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 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) (注) 肝臓移植を実施した者であって、抗免疫療法を実施しているものは、次ページの記載は省略可能。										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">肝臓移植の実施</td> <td style="width:15%;">有 ・ 無</td> <td style="width:20%;">実施年月日</td> <td style="width:35%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>抗免疫療法の実施</td> <td>有 ・ 無</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			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		
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									
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日										
⑤ 総合所見										
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">〔将来再認定〕</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 再認定は不要 </td> </tr> </table>			〔将来再認定〕	<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 再認定は不要					
〔将来再認定〕										
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月										
<input type="checkbox"/> 再認定は不要										
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。 令和 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号										
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、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。										
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、例えば単に肝硬変という記載にとどめることなく、C型 肝炎ウイルスに起因する肝硬変、ウィルソン病による肝硬変等のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。										

肝臓機能障害の状況及び所見

1 障害の変動に関する因子（※下記のいずれかが「×」の場合は障害認定の対象外）

	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	○ ・ ×	○ ・ ×

2 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 0)		なし ・ 軽度 ・ 中程度以上 (概ね 0)	
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
------	---	---	---

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・検査結果を入力すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

注3 1級、2級については肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上の状態が連続して2回以上続くことが必要。

※ 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、2回目の検査時点でChild-Pugh分類の合計点数が7点から9点の状態である場合は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

<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	2.8 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	2.0 mg/dℓ未満	2.0～3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ超

注4 肝性脳症の昏睡度分類は、大山シンボジウム（1981年）による。

注5 腹水は、原則として超音波検査、体重増減、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、薬剤によるコントロールができないものを中程度以上とする。

3 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 5.0 mg/dℓ以上		有・無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ		有・無
	検査日	年 月 日	
	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	原発性肝がんの治療の既往		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
------	---