総括表　　　　　　　身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

様式第３５号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 明治　平成  大正　令和　　　　年　　　月　　　日生  昭和 | 男　・　女 |
| 住所 | | | |
| 1. 障害名(部位を明記)　　　　肝臓機能障害 | | | |
| 1. 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　　　　平成・令和　　　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。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 肝臓移植の実施 | 有・無 | 実施年月日 | 平・令　　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) 　平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 1. 総合所見  |  |  | | --- | --- | | 〔将来再認定〕 | | | □ | 軽快・改善による再認定を要する | | 再認定の時期　令和　　年　　月 | | □ | 再認定は不要 | | | | |
| 1. 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　　　　　　　　　　　（署名または記名押印）  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の明  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　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。  　　　３　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。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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となりません）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | |  | |  |  | 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） | | | |  | |
| 令和　　　年　　月　　日 | | | | 令和　　　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/㎗ | | |  | g/㎗ | | |  |
| プロトロンビン時間 | | ％ | | |  | ％ | | |  |
| 血清総ビリルビン値 | | ㎎/㎗ | | |  | ㎎/㎗ | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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/㎗超 | 2.8～3.5g/㎗ | | | | 2.8 g/㎗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㎎/㎗未満 | 2.0～3.0㎎/㎗ | | | | 3.0㎎/㎗超 | |
|  | | 注４　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40㎏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㎎/㎗以上 | | | 有 ・ 無 |  |
| 検査日 | 令和　　　年　　月　　日 | |
| 血中アンモニア濃度150μg/㎗以上 | | | 有 ・ 無 |
| 検査日 | 令和　　　年　　月　　日 | |
| 血小板数50,000/㎜³以下 | | | 有 ・ 無 |
| 検査日 | 令和　　　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 | 平成・令和　　　年　　月　　日 | |
| 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 | | | 有 ・ 無 |
| 確定診断日 | 平成・令和　　　年　　月　　日 | |
| 胃食道静脈瘤治療の既往 | | | 有 ・ 無 |
| 確定診断日 | 平成・令和　　　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 | 平成・令和　　　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 | |
|  | | | | |