

第六号様式（第八条）

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（ ）歳	男・女
住 所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となつた 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・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 担当診療科名 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		
1 障害名には、現在起こつている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となつた疾病には、先天性難聴、僧帽弁膜狭窄等原因となつた疾患名を記入してください。		
2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。		
3 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」（別様式）を添付してください。		
4 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問い合わせ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つて、抗免疫療法を実施しているものは、2、3及び4の記載は省略可能である。

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	摂取 ・ 非摂取	摂取 ・ 非摂取
改善の可能性のある積極的治療を実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施

注 アルコール摂取又は積極的治療未実施に1つでも該当するものは、障害認定の対象としない。

3 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
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間又は血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注

- 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。
- 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

- 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。
- 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね11以上を軽度とし、31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とし、薬剤によつてコントロールできないものを中程度以上とする。

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	a	血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上	有 ・ 無
		検査日 年 月 日	
	b	血中アンモニア濃度150 μ g/dl以上	有 ・ 無
	検査日 年 月 日		
c		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	d	原発性肝がん治療の既往	有 ・ 無
		確定診断日 年 月 日	
	e	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有 ・ 無
		確定診断日 年 月 日	
f	胃食道静脈瘤 ^{りゅう} 治療の既往	有 ・ 無	
	確定診断日 年 月 日		
g		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	h	1日に1時間以上の安静臥床 ^が を必要とするほどの強いけん怠感及び易疲労感が月に7日以上ある	有 ・ 無
	i	1日に2回以上の嘔吐 ^{おう} あるいは30分以上の嘔気 ^{おう} が月に7日以上ある	
	j	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

注 補完的な肝機能診断 (a、b、c) は、「3 肝臓機能障害の重症度」の2回の検査期間内の結果とすること。