身体障害者診断書・意見書（　肝臓障害用　）

　　　総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　　月　　　日生  （　　 　歳） | | 男・女 |
| 住　所 | | | |
| １　障害名（部位を明記） | | | |
| ２　原因となった　　　　　　　　　　　　交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災・  　　疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　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　（時期　　　　　　年　　　月）　・　不要  ※将来障害の程度が改善する見込みがある場合、要に○を付け、それ以外は不要に○を付けてください。 | | | |
| ６　その他参考となる合併症状 | | | |
| 上記のとおり診断する。あわせて、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　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| 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、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、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　障害の種類ごとに市長が別に定める書類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・意見書を添付してください。  ４　障害区分や等級決定のため、高松市社会福祉審議会から改めてお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　　　　　ℓ | 概ね　　　　　ℓ | | | 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 | 2.0 mg／dℓ未満 | 2.0～3.0 mg／dℓ | 3.0 mg／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５　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、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、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１５０μg／dℓ以上 | | 有 ・ 無 | | 検査日 | 年　　月　　日 | | 血小板数５０,０００／㎣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 | |  | 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 | |