

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

総括表

氏 名	大 昭 平 令	年 月 日生（ ）歳	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		交通、労災、その他の事故、疾病、	
疾病・外傷名		自然災害、先天性、その他（ ）	
3 疾病・外傷発生年月日 昭 年 月 日 ・ 場所 平 令			
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定(推定) 昭 年 月 日 平 令			
5 総合所見(障害認定に必要な事項、臨床症状、日常生活活動の制限、将来再認定について明記)			
【 将来再認定： 不要 ・ 要（軽度化・重度化）⇒ 再認定時期： 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後 】			
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記する。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 () — 診 療 担 当 科 名 科 第15条指定医師氏名 (署名又は記名押印) ※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。			
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。			

(注意)

- 1 原因となった疾病・外傷名には、肝臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載してください。
 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 障害区分や等級決定のため、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 概ね ℓ		なし・軽度 中程度以上 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 (2回とも7点以上であること)	点	点
(○で囲む)	7～9点 ・ 10点以上	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

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入

注3 初めて肝臓機能障害の認定を行う者で、合計点数が7～9点の場合は、1～5年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	2.8g/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6 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/mmℓ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