様式第３号（第６条関係）

身体障害者診断書・意見書（　　　　　　障害用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日 | 男・女 |
| 住所 | |  | | | | |
| ①　障害名（部位を明記） | | | | | | |
| ② | 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　　　　　年　　月　　日　・場所 | | | | | | |
| ④　参考となる経過・現症（エックス線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　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。併せて下記の意見を付す。  　　　　　　　　　　　　　　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　　１５条指定医師氏名 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 注意　１　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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　障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会等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 | | 3.5ｇ／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。  （参考）犬山シンポジウム（1981年） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 昏睡度 | | 精神症状 | | | | | | | | | 参考事項 | | | | | |  |
| Ⅰ | | 睡眠―覚醒リズムの逆転  多幸気分、ときに抑うつ状態  だらしなく、気にもとめない態度 | | | | | | | | | retrospectiveにしか判定できない場合が多い | | | | | |
| Ⅱ | | 指南力（時・場所）障害、物を取り違える（confusion）  異常行動（例：お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど）  ときに傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し、会話ができる）  無礼な言動があったりするが、医師の指示に従う態度をみせる | | | | | | | | | 興奮状態がない  尿、便失禁がない  羽ばたき振戦あり | | | | | |
|  | Ⅲ | | しばしば興奮状態または譫妄状態を伴い、反抗的態度をみせる  嗜眠状態（ほとんど眠っている）  外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じうる） | | | | | | | | | 羽ばたき振戦あり（患者の協力が得られる場合）  指南力は高度に障害 | | | | | |  |
| Ⅳ | | 昏睡（完全な意識の消失）  痛み刺激に反応する | | | | | | | | | 刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめる等がみられる | | | | | |
| Ⅴ | | 深昏睡  痛み刺激にもまったく反応しない | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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／mm３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 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |