

身体障害者診断書・意見書

肝臓機能障害用

総括表

氏名	大昭和 昭平成 令和	年	月	日
住所				
① 障害名（障害認定の対象となる部位を明記）				
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 昭和 平成 令和 年 月 日・場所（ ）				
④ 参考となる経過・現症（エックス線所見及び検査所見を含む。） 障害固定又は障害確定（推定） 昭和 平成 令和 年 月 日				
⑤ 総合所見 [将来再認定：不要・要（障害程度軽度化見込み）] [再認定時期：令和 年 月] ← (発育や治療、訓練によって、等級に変更が生じるほど障害程度が軽度化することが予想される場合は「要（障害程度軽度化見込み）」を○で囲み、再認定時期を1～5年後の範囲内で記載すること。それ以外の場合は「不要」を○で囲むこと。)				
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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 身体障害者指定医師氏名 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				

※ 身体障害者指定医師氏名欄は、自筆による署名又は記名押印をお願いします。

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。初めて肝臓機能障害の認定を行う方で、第 2 回目の検査時点において、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 年以内の期間内で再認定年月を記入して下さい。

< 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	2.0mg / 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 1 ℓ 以上を軽度、3 ℓ 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。

注 5 血清アルブミン値については、アルブミン製剤を投与する前の検査値で評価する。

2 障害の変動に関する因子

該当する方に○をつけてください。

	第 1 回検査		第 2 回検査	
それぞれの検査前 180 日以内にアルコールを摂取していないか	摂取して いる	・ 摂取して いない	摂取して いる	・ 摂取して いない
それぞれの検査前に改善の可能性のある積極的治療を実施したか	実施して いる	・ 実施して いない	実施して いる	・ 実施して いない

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 150 μ g / dℓ 以上		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	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	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

〈お願い〉 指定医の先生方へ

- 1 現症は詳細に記入してください。
- 2 等級認定については、下記の表内容を参考にして記入してください。
- 3 初めて肝臓機能障害の認定を行う方で、第2回目の検査時点において、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年以内の期間内で再認定年月を記入してください。

1 級	次のいずれにも該当するもの (ア) Child-Pugh 分類の合計点数が7点以上であって、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、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 次の項目(a～j)のうち、5項目以上が認められるもの。 - a 血清総ビリルビン値が5.0mg / dℓ 以上 - b 血中アンモニア濃度が150μg / dℓ 以上 - c 血小板数が50,000 / mm³以下 - d 原発性肝がん治療の既往 - e 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 - f 胃食道静脈瘤治療の既往 - g 現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染 - h 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 - i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月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
	肝臓移植を行い、抗免疫療法を実施中のもの
2 級	次のいずれにも該当するもの (ア) Child-Pugh 分類の合計点数が7点以上であって、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、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 1級のa～jのうち、a～gまでの1つを含む3項目以上が認められるもの。
3 級	次のいずれにも該当するもの (ア) Child-Pugh 分類の合計点数が7点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 1級のa～jのうち、a～gまでの1つを含む3項目以上が認められるもの。
4 級	次のいずれにも該当するもの (ア) Child-Pugh 分類の合計点数が7点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 1級のa～jのうち、1項目以上が認められるもの。

＜ 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	2.0mg / dℓ 未満	2.0～3.0mg / dℓ	3.0mg / dℓ 超