

V. 事例 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

氏名	〇〇 〇〇	明治・大正 <u>昭和</u> ・平成	23年11月10日生	<u>男</u> 女
住所	〇〇〇〇〇〇			
① 障害名(部位を明記)	肝臓機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名	C型肝炎ウイルスによる 肝硬変 交通、労災、その他の事故、疾病、先天性、震災、天災、 戦災、戦傷、不明、 <u>その他</u> ( <u>不明</u> )			
③ 疾病・外傷発生年月日	<u>昭和</u> 平成	63 年 頃 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。)	昭和63年に慢性肝炎を指摘された。平成13年9月1日〇〇病院受診。以後外来通院。 平成21年9月頃、肝細胞がんが認められ、マイクロ波凝固法を実施。 平成27年頃より腹水が認められ、現在、難治性腹水の状態である。			
	障害固定又は障害確定(推定) <u>昭和</u> 平成 27 年 9 月 日			
⑤ 総合所見	肝臓機能の低下は徐々に進行しており、腹水による腹部膨満感あり。 入院にて穿刺排液を行っている。下肢の浮腫も著しく、歩行困難な状態。Child-Pugh分 類でグレードCに該当する。			
	[将来再認定 要 ・ <u>不要</u> ] (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。				
平成 28 年 4 月 10 日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇				
病院又は診療所の名称 〇〇病院				
所在地				
診療担当科名 消化器内 科 医師氏名 〇〇 〇〇 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				
<u>・該当する</u> ( 1 級相当)				
・該当しない				
注意	1 障害名には現在起っている障害、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 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。			
	3 障害区分や等級決定のため、神戸市市民福祉調査委員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)	
	平成27年 10月 20日		平成28年 3月 20日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ <u>I・II</u> III・IV・V	2	なし・ <u>I・II</u> III・IV・V	2
腹水	なし・軽度 <u>中程度以上</u> 概ね 3 0	3	なし・軽度 <u>中程度以上</u> 概ね 3 0	3
血清アルブミン値	3.2 g/dℓ	2	3.3 g/dℓ	2
プロトロンビン時間	69 %	2	65 %	2
血清総ビリルビン値	1.2 mg/dℓ	1	1.3 mg/dℓ	1

合計点数	10 点	10 点
(○で囲む)	5~6点・7~9点・ <u>10点以上</u>	5~6点・7~9点・ <u>10点以上</u>
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	<u>有</u> ・無	<u>有</u> ・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10以上を軽度、30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	<u>○</u> ・×	<u>○</u> ・×
改善の可能性のある積極的治療を実施	<u>○</u> ・×	<u>○</u> ・×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有・ <input checked="" type="radio"/> 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	a	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
		検査日 年 月 日	
	b	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	検査日 平成28年 3 月 20 日		
補完的な肝機能診断	c	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	<input checked="" type="radio"/> 有・無
		検査日 平成28年 3 月 20 日	
	症状に影響する病歴	d	原発性肝がん治療の既往
		確定診断日 平成21年 9 月 15 日	
e		特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
		確定診断日 年 月 日	
f		胃食道静脈瘤治療の既往	有・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	最終確認日 平成28年 3 月 20 日		
日常生活活動の制限	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	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	i	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・ <input checked="" type="radio"/> 無
	j	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	<input checked="" type="radio"/> 有・無

該当個数(a～j)	6 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無(a～g)	<input checked="" type="radio"/> 有・無