様式第15号

（表　　面）

# 特別障害者手当認定診断書（肝臓 血液 疾患及びその他の疾患用）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ①（ふりがな）<br>氏　　名 | | 男・女 | ②生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
| ③住　　所 | | | ④障害の原因となった傷病名 | |
| ⑤④のため初めて医師の診断を受けた日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 | | ⑥傷病発生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
| ⑦障害が永続すると判定された日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 | 推定<br>確認 | ⑧将来再認定の要 | 有（　　年後）・無 |

## 障　害　の　状　態

⑨ 肝 疾 患（令和　　年　　月　　日現症）

1　臨床所見

(1) 自覚症状

全身倦怠感（無・有・著）
発　　熱（無・有・著）
食欲不振（無・有・著）
悪心・嘔吐（無・有・著）
皮膚そう痒感（無・有・著）
有痛性筋痙攣（無・有・著）
吐血・下血（無・有・著）

(2) 他覚所見

肝　萎　縮（無・有・著）
脾　腫　大（無・有・著）
浮　　腫（無・有・著）
腹水（無・有・有（難治性））
黄　　疸（無・有・著）
腹壁静脈怒張（無・有・著）
肝性脳症（無・有・（　　度））
出血傾向（無・有・著）

(3) 検査成績

| 検査項目＼検査日 | | 施設基準値 | | |
|---|---|---|---|---|
| AST（GOT） | IU/L | | | |
| ALT（GPT） | IU/L | | | |
| γ-GPT | IU/L | | | |
| 血清総ビリルビン | mg/dL | | | |
| アルカリホスファターゼ | IU/L | | | |
| 血清総蛋白 | g/dL | | | |
| 血清アルブミン（BCG法・BCP法・改良型BCP法） | g/dL | | | |
| A/G比 | | | | |
| 血小板数 | ×10⁴/uL | | | |
| プロトロンビン時間 | % | | | |
| 総コレステロール | mg/dL | | | |
| 血中アンモニア | ug/dL | | | |
| AFP | ng/mL | | | |
| PIVKA-Ⅱ | mAU/mL w | | | |

2　Child-Pughによるgrade

A（5・6）　B（7・8・9）　C（10・11・12以上）

3　肝生検　　無　・　有

検査年月日（令和　　年　　月　　日）

所見　グレード（　　）

ステージ（　　）

4　食道・胃などの静脈瘤

(1)　無　・　有

検査年月日（令和　　年　　月　　日）

(2)　吐血・下血の既往　　無　・　有（　　回）

(3)　治療歴　　無　・　有（　　回）

5　肝腫瘍治療歴　　無　・　有

・手術　　回　　・局所療法　　回

・動脈塞栓術　　回　　・放射線療法　　回

・化学療法　　回

6　特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴

所見

7　治療内容

(1)　利　尿　剤（無　・　有）

(2)　特殊アミノ酸製剤（無　・　有）

(3)　抗ウイルス療法（無　・　有）

(4)　アルブミン・血漿製剤（無　・　有）

(5)　血小板輸血（無　・　有）

(6)　その他

具体的内容

8　その他の所見

(1)　肝移植　　無　・　有（有の場合は移植年月日）

（平成・令和　　年　　月　　日））

経過

(2)　その他（超音波・CT・MRI検査等）

（令和　　年　　月　　日）

（裏　　面）

**⑩ 血液疾患 （令和　　年　　月　　日現症）**

1．臨床所見

（1）自覚症状

| | | | |
|---|---|---|---|
| 立ちくらみ | （無・有・著） | 動悸 | （無・有・著） |
| 易疲労感 | （無・有・著） | 息切れ | （無・有・著） |
| 発熱 | （無・有・著） | 紫斑 | （無・有・著） |
| 月経過多 | （無・有・著） | 関節症状 | （無・有・著） |

（2）他覚所見

| | | | |
|---|---|---|---|
| 易感染性 | （無・有・著） | リンパ節腫脹 | （無・有・著） |
| 出血傾向 | （無・有・著） | 血栓傾向 | （無・有・著） |
| 肝腫 | （無・有・著） | 脾腫 | （無・有・著） |

（3）検査成績

ア　末梢血液検査

（令和　　年　　月　　日）

※アの欄は、最も適切に現在の病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。

| | |
|---|---|
| ヘモグロビン濃度 | （　　）g/dL |
| 網赤血球 | （　　）万/μL |
| 血小板 | （　　）万/μL |
| 白血球 | （　　）/μL |
| 好中球 | （　　）/μL |
| リンパ球 | （　　）/μL |
| 病的細胞 | （　　）% |

イ　その他の検査

画像検査（検査名　　）

（令和　　年　　月　　日）

所見（　　）

他の検査（検査名　　）

（令和　　年　　月　　日）

所見（　　）

2．治療状況

赤血球輸血（年・月　　回）　血小板輸血（年・月　　回）

補充療法（年・月　　回）　新鮮凍結血漿（年・月　　回）

3．その他の所見

**⑪ その他の疾患 （令和　　年　　月　　日現症）**

1．症状

2．臨床検査

**⑫ 安静を要する程度**

1．絶対安静
2．ベッド上の安静
3．必要時のみ室内歩行（30分以内）
4．室内歩行はよい（1時間以内）
5．一定時間内の屋外歩行はよい（1.5時間以内）
6．健康な人の2分の1程度の運動はよい
7．軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる
8．疲れない程度の普通の生活

**⑬ 活動能力の程度**

1．無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえる
2．軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や坐業はできる。例えば、軽い家事・事務など
3．歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している
4．身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
5．身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

**⑭ 備考**

上記のとおり診断します。　　令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名　　医師氏名

◎　下記の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書（かいしょ）ではっきりと書いてください。

## 注　意

1　この診断書は、特別障害者手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
　この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。

3　⑤の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。
　前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。

4　肝機能の検査成績は、過去3か月間における2回の検査成績（1ヶ月以上の間隔をおくこと。）をそれぞれ記入してください。

5　⑨の欄の「1　臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。

6　⑨の欄の「2　Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。

7　⑨の欄の「7　治療の内容」は、⑨の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。

8　⑪の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び換気機能障害、心臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び精神障害以外の疾患について記入してください。

9　問診による身体状態と他覚的検査結果とが一致しないような場合には、備考欄にその旨を記入してください。