

## 障害者診断書・意見書( )

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|---|----------------|---|-------------|--|--------------------------------------|--|-----|--|--|----------------|--|--|--|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|----------|---|----------|---|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | 生 年 月 日        |   | 明治・大正<br>昭和・平成 |   | 年 月 日 ( ) 歳 |  | 性別                                   |  | 男・女 |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                |   |                |   |             |  | TEL                                  |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| ①障害名（部位を明記）                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 注意 1. 障害名には以下の ( ) 内の具体的な障害名（部位を明記）記載してください。<br>例) 視覚障害 (両眼失明・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害 (両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害 (中枢性平衡失調等)、音声機能障害 (喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害 (ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害 (右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害 (右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害 (上肢・移動)、内部障害 (心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等) を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」                |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 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<br>疾病、先天性、その他 ( ) |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 注意 2. 疾病・外傷名には、視覚障害 (緑内障等)、聴覚・平衡機能障害 (先天性難聴・メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害 (咽頭腫瘍・脳血管疾患等)、肢体不自由 (脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等)、内部障害 (心室中隔欠損・慢性腎炎・肺気腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等) の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」                                                                                                                |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| ③疾病・外傷発生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | 明治・大正<br>昭和・平成 |   | 年 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。)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 障害固定又は障害確定 (推定) : 昭和・平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| ⑤総合所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 【将来再認定 : 要 (軽度化・重度化) (再認定の時期 年 月 日) ・ 不要】                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| ⑥その他参考となる合併症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 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載すること。]                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| <table><tr><td></td><td colspan="3">内訳 (肢体・脳原性要記載)</td></tr><tr><td></td><td>右</td><td>左</td><td>両</td></tr><tr><td>上 肢</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>下 肢</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>体 幹</td><td>級</td><td>脳原<br/>上肢</td><td>級</td><td>脳原<br/>移動</td><td>級</td></tr></table> |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  | 内訳 (肢体・脳原性要記載) |  |  |  | 右 | 左 | 両 | 上 肢 | 級 | 級 | 級 | 下 肢 | 級 | 級 | 級 | 体 幹 | 級 | 脳原<br>上肢 | 級 | 脳原<br>移動 | 級 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 内訳 (肢体・脳原性要記載) |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 右              | 左              | 両 |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 上 肢                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 級              | 級              | 級 |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 下 肢                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 級              | 級              | 級 |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 体 幹                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 級              | 脳原<br>上肢       | 級 | 脳原<br>移動       | 級 |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 上記のとおり診断する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 平成 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 医師氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 注意 3. 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」【第6様式様式(3)】を添付してください。                                                                                                                                                                                                                                              |                |                |   |                |   |             |  |                                      |  |     |  |  |                |  |  |  |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |          |   |          |   |
| 4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等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<br>Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ     |    | なし・Ⅰ・Ⅱ<br>Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ     |    |
| 腹 水       | なし・軽度・中程度以上<br>概ね 0 |    | なし・軽度・中程度以上<br>概ね 0 |    |
| 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日以内の間隔に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、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等度以上とする。

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5 肝臓移植を実施した者であって、**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/mm <sup>3</sup> 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 |