

障害者診断書・意見書()

(第9条関係)

氏名		生年 月日	明治・大正 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.	<small>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。 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」</small>																																	
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 疾病、先天性、その他()																												
注意 2.	<small>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」</small>																																	
③疾病・外傷発生日	明治・大正 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																																		
内訳(肢体・脳原性要記載)																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">右</td> <td style="width:10%; text-align:center;">左</td> <td style="width:10%; text-align:center;">両</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">上肢</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">下肢</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">体幹</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td style="font-size:small;">脳原 上肢</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td style="font-size:small;">脳原 移動</td> <td style="text-align:center;">級</td> <td></td> </tr> </table>								右	左	両				上肢	級	級	級				下肢	級	級	級				体幹	級	脳原 上肢	級	脳原 移動	級	
	右	左	両																															
上肢	級	級	級																															
下肢	級	級	級																															
体幹	級	脳原 上肢	級	脳原 移動	級																													
・該当する (級相当) ・該当しない																																		
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 _____																																		
[印] _____ [印] _____																																		
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 III・IV・V		なし・I・II III・IV・V	
腹 水	なし・軽度・中程度以上 概ね 0		なし・軽度・中程度以上 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 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