

障 害 の 状 態																																																																																																														
⑬ 肝疾患 (年 月 日現症)		(糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑯)の欄にも、必要事項を記入してください。)																																																																																																												
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 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">検査項目</th> <th rowspan="2">検査日</th> <th>施設</th> <th colspan="3">..</th> </tr> <tr> <th>基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td>g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>×10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間</td><td>%</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>μg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td>ng/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II</td><td>mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			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	g/dl					BCG法・BCP法						改良型BCP法						A/G比						血小板数	×10 ⁴ /μl					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	μg/dl					AFP	ng/ml					PIVKA-II	mAU/ml				
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	g/dl																																																																																																													
BCG法・BCP法																																																																																																														
改良型BCP法																																																																																																														
A/G比																																																																																																														
血小板数	×10 ⁴ /μl																																																																																																													
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	μg/dl																																																																																																													
AFP	ng/ml																																																																																																													
PIVKA-II	mAU/ml																																																																																																													
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)		8 治療内容 (1) 利尿剤 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5) 血小板輸血 (無・有) (3) 抗ウイルス療法 (無・有) (6) その他 具体的内容																																																																																																												
3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見 (日時: 年 月 日) (2) 治療経過		9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(年 月 日)) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (年 月 日)																																																																																																												
4 肝生検 無・有 検査年月日(年 月 日) 所見 グレード() ステージ()		5 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有 (回) (3) 治療歴 無・有 (回)																																																																																																												
6 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		7 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																																																																																																												
⑭ 糖尿病 (年 月 日現症)		(腎合併症を認める例では、腎疾患(⑯)の欄に必要事項を記入してください。)																																																																																																												
1 病型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型 (病名)		4 治療状況 (1) 食事療法のみ (2) 経口糖尿病薬による (3) インスリン療法 (単位/日、 回/日)																																																																																																												
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>年 月 日</th> <th>施設基準値</th> <th colspan="3">..</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖値(mg/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		年 月 日	施設基準値	..			HbA1c (%)					空腹時血糖値(mg/dl)					5 インスリン療法の自己管理状況 (1) インスリン注射の施行 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由:) (2) 血糖値測定 就寝中: <input type="checkbox"/> 毎日測定 <input type="checkbox"/> 時々測定 <input type="checkbox"/> 測定なし 日中: <input type="checkbox"/> 毎日測定 <input type="checkbox"/> 時々測定 <input type="checkbox"/> 測定なし (介助の必要な理由:) (3) インスリン量の管理等 (状態に応じた適切な対応(インスリン量の調整又は補食など)ができるかで判断して下さい。) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由:)																																																																																													
年 月 日	施設基準値	..																																																																																																												
HbA1c (%)																																																																																																														
空腹時血糖値(mg/dl)																																																																																																														
3 合併症 (合併症がある場合に記載して下さい。) (1) 眼合併症 (2) 神経障害 (症状・検査所見) (3) その他		⑮ その他の代謝疾患 (年 月 日現症) (自覚症状・他覚所見・検査成績等)																																																																																																												
⑯ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください)		⑰ 予 後 (必ず記入してください)																																																																																																												
⑱ 備 考																																																																																																														

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。
 病院又は診療所の名称
 所在地

年 月 日
 診療担当科名
 医師氏名

印

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養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場合がありますので、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記入してください。
- 3 ③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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑬～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。
 - (3) ⑫及び⑬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。
 - (4) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (5) ⑬の欄の「8 治療の内容」は、⑬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。
 - (6) ⑭の欄の「3 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

※※ 診断書提出時の状況欄(市区町村記入)				※ 北海道審査欄(北海道記入)				
請求者 ・ 受給者	証書番号	北特第 号		判定年月日				備考
	氏名			判定結果	1 級	2 級	非該当	
支給対象児童	等級	特別児童扶養手当 級			有期限 無期 年 月 日後再判定			
	有効期限	年 月						
	手帳 交付	有	身障手帳 級	年 月 日 交付	判定医の意見			
		無	障害名					
状況	申請中	療育手帳 A・B	年 月 日 交付					
	有	次回判定 年 月 予定						
	無							
	申請中							