

障害児福祉手当(福祉手当)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) 氏 名		男・女	② 生年月日	昭和 平成	年 月 日																																																																				
③ 住 所			④ 傷病の原因と なった傷病名																																																																						
⑤ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生 年月日	昭和 平成	年 月 日																																																																				
⑦ 障害が永続すると判定 された日	昭和 平成	年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定 の要	有(年後) ・ 無																																																																				
障 害 の 状 態																																																																									
⑨ 肝 疾 患 (平成 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 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;">施設</th> <th style="width: 10%;">..</th> <th style="width: 10%;">..</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">基準値 検査日</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT) IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT) 検査項目</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン mg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白 g/dℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン g/dℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法 ・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 ×10⁴/μℓ</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></tr> <tr><td>総コレステロール mg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア μg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP ng/ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				施設	基準値 検査日				AST(GOT) IU/ℓ				ALT(GPT) 検査項目				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			
	施設																																																																						
基準値 検査日																																																																									
AST(GOT) IU/ℓ																																																																									
ALT(GPT) 検査項目																																																																									
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)																																																																									
3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見(日時:平成 年 月 日) (2) 治療経過																																																																									
4 肝生検 無・有 検査年月日(平成 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(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有(回) (3) 治療歴 無・有(回)			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																																																																						
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			9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)																																																																						
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																																																																									

注 意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当(福祉手当)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は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 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か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 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
- 6 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。
- 7 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 8 ⑨の欄の「8 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。
- 9 ⑪の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び肝機能障害、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。
- 10 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。
- 11 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。