

自立支援医療 (更生医療)

肝 臓

医学的意見 (判定) 書

氏 名		男・女	明・大・昭・平	年 月 日生	歳
-----	--	-----	---------	--------	---

医学的所見

傷病名:

経 過:

現 症:

1. 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1 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、2・3・4の記載は省略可能である。

2. 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 ℓ		なし・軽度・中程度以上 概ね ℓ	
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
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注2 90日以上180日以内の間隔を置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3 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	3.5 g/dℓ超	2.8~3.5 g/dℓ	2.8 g/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4 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5 腹水は、原則として超音波検査、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程度以上とする。

3. 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	○ ・ ×	○ ・ ×

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	検査日	年	月	日	有・無
	血中アンモニア濃度150µg/dl以上	検査日	年	月	日	有・無
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	検査日	年	月	日	有・無
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往	検査日	年	月	日	有・無
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	検査日	年	月	日	有・無
	胃食道静脈瘤治療の既往	検査日	年	月	日	有・無
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	検査日	年	月	日	有・無
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

5. 今後の医療

- ◎機能回復の見込み：
- ◎医療の具体的方針〔肝臓移植術 ・ 移植後抗免疫療法〕
- ◎医療費概算内訳及び医療開始予定日

医療開始予定日	年	月	日	要治療日数	要入院	日間	要通院	日間	合計	日間
① 初診・再診			点	⑤ 検 査		点	健保点数合計			点
② 投 薬			点	⑥ レントゲン		点				
③ 注 射			点	⑦ 入 院		点	合計点数×10			円
④ 手術・処置・麻酔			点	⑧ そ の 他		点				

平成 年 月 日

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。 医療機関名：

電 話： ( ) ー

医 師 名： ㊞

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》

平成 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると〔認めます ・ 認めません〕。

神戸市障害者更生相談所 医 師 名 ㊞