

自立支援医療(更生医療)意見書

肝

氏 名		生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日		
経 過 等	治 療 経 過					
	自立支援医療 が必要となる 障害の状況 ※1	1. 手帳申請と同時の場合：別添「身体障害者手帳診断書・意見書」のとおり ※裏面記載不要 2. 手帳申請時と比較して変化のある場合：裏面に記載のとおり (「身体障害者手帳診断書・意見書」を添付のうえ、変化のある部分のみ裏面に 記載して下さい。)				
医療の具体的 方針		1. 肝臓移植 (年 月 日 予定) 2. 肝臓移植後の抗免疫療法 (年 月 日 移植術実施)		効果見込み ※2		
医 療 費 概 算 内 訳 等	自立支援医療 適用期間	入院	年 月 日～ 年 月 日		通院	年 月 日～ 年 月 日
	医療費概算額	健保点数	点	金額 円		
	①初・再診	点	⑦() 点			
	②投薬・注射	点	⑧入院 点			
	③処置	点	⑨小 計 点			
	④手術	点	⑨×10 円			
	⑤検査(レントゲンを含む)	点	⑩その他() 円			
⑥()	点	合 計(⑨+⑩) 円				
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 医師氏名(意見書作成医師) 印 医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師) 印						

※1「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、裏面記載不要です。

障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を記載願います。「身体障害者手帳診断書」のない場合は裏面の記載漏れがないようにお願いします。

※2「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。

(裏面へ続く)

《裏面》 肝臓機能障害

※ 肝臓移植を実施した者は1, 2, 4-1～3の記載は省略可能である。

1. 肝機能障害

	検査日(第1回)	検査日(第2回)
	年 月 日	年 月 日
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	なし・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ
腹水	I	I
血清アルブミン値	g/dl	g/dl
プロトロンビン値	%	%
血清ビリルビン値	mg/dl	mg/dl
合計点数 Child-Pugh 分類による点数)	点	点

※ 90日以上180日以内の感覚をおいて実施した連続する2回の検査結果を記入すること。

※ 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
プロトロンビン値	70%超	40～70%	40%未満
血清ビリルビン値	2.0mg/dl未満	2.0～3.0mg/dl	3.0mg/dl超

※ 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム(1981年)による。

※ 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。

2. 障害の変動に関する因子

- ・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な治療を実施。

第1回検査 (有・無) 第2回検査(有・無)
第1回検査 (有・無) 第2回検査(有・無)

3. 肝臓移植

- ・肝臓移植の実施 (有・無) 年 月 日実施
- ・抗免疫療法の実施 (有・無)

4-1. 補完的な肝機能診断

- ・総ビリルビン値5.0mg/dl以上 (有・無) 年 月 日 検査実施
- ・血中アンモニア濃度150 μ g/dl以上 (有・無) 年 月 日 検査実施
- ・血小板数50,000/mm³以下 (有・無) 年 月 日 検査実施

4-2. 症状に影響する病歴

- ・原発性肝がん治療の既往 (有・無) 年 月 日 確定診断
- ・特発性細菌性腹膜炎治療の既往 (有・無) 年 月 日 確定診断
- ・胃食道静脈瘤治療の既往 (有・無) 年 月 日 確定診断
- ・現在のB型肝炎又はC型肝炎ウィルスの持続的感染 (有・無) 年 月 日 最終確認

4-3. 日常生活活動の制限(該当するものを○で囲むこと)

- ・1日1時間以上の安静臥床を必要とする程の強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。
- ・1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が付きに7日以上ある。
- ・有通性筋けいれんが1日に1回以上ある。