

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 ( 肝臓 疾患及びその他の疾患用 )  
血液

|                      |          |     |                    |          |           |                    |               |   |   |
|----------------------|----------|-----|--------------------|----------|-----------|--------------------|---------------|---|---|
| ① (ふりがな)<br>氏 名      |          | 男・女 | ② 生 年 月 日          | 平成<br>令和 | 年         | 月                  | 日             |   |   |
| ③ 住 所                |          |     | ④ 障害の原因と<br>なった傷病名 |          |           |                    |               |   |   |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日 | 平成<br>令和 | 年   | 月                  | 日        | ⑥ 傷 病 発 生 | 平成<br>令和           | 年             | 月 | 日 |
| ⑦ 障害が永続すると判定された日     | 平成<br>令和 | 年   | 月                  | 日        | 推定<br>確認  | ⑧ 将 来<br>再 認 定 の 要 | 有 ( 年 後 ) ・ 無 |   |   |

障 害 の 状 態

⑨ 肝 疾 患 ( 令 和 年 月 日 現 症 )

| <p>1 臨床所見</p> <table border="0"> <tr> <td>(1) 自覚症状</td> <td>(2) 他覚所見</td> </tr> <tr> <td>全身倦怠感(無・有・著)</td> <td>肝萎縮(無・有・著)</td> </tr> <tr> <td>発熱(無・有・著)</td> <td>脾腫大(無・有・著)</td> </tr> <tr> <td>食欲不振(無・有・著)</td> <td>浮腫(無・有・著)</td> </tr> <tr> <td>悪心・嘔吐(無・有・著)</td> <td>腹水(無・有・著)</td> </tr> <tr> <td>皮膚そう痒感(無・有・著)</td> <td>有(難治性)</td> </tr> <tr> <td>有痛性筋痙攣(無・有・著)</td> <td>黄疸(無・有・著)</td> </tr> <tr> <td>吐血・下血(無・有・著)</td> <td>腹整静脈怒張(無・有・著)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>肝性脳症(無・有・(度))</td> </tr> <tr> <td></td> <td>出血傾向(無・有・著)</td> </tr> </table> <p>2 Child-Pughによるgrade<br/>A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)</p> <p>3 胆道閉鎖症の治療歴</p> <p>(1) 手術所見(日時：令和 年 月 日)</p> <p>(2) 治療経過</p> <p>4 肝生検 無・有 検査年月日(令和 年 月 日)<br/>所見 グレード( ) ステージ( )</p> <p>5 食道・胃などの静脈瘤</p> <p>(1) 無・有 検査年月日(令和 年 月 日)</p> <p>(2) 吐血・下血の既往 無・有( 回)</p> <p>(3) 治療歴 無・有( 回)</p> <p>6 肝腫瘍治療歴 無・有</p> <p>・手術 回 ・局所療法 ・動脈塞栓術 回</p> <p>・放射線療法 回 ・化学療法</p> <p>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</p> <p>所見</p> | (1) 自覚症状      | (2) 他覚所見 | 全身倦怠感(無・有・著)              | 肝萎縮(無・有・著) | 発熱(無・有・著) | 脾腫大(無・有・著) | 食欲不振(無・有・著) | 浮腫(無・有・著) | 悪心・嘔吐(無・有・著) | 腹水(無・有・著) | 皮膚そう痒感(無・有・著) | 有(難治性) | 有痛性筋痙攣(無・有・著) | 黄疸(無・有・著) | 吐血・下血(無・有・著) | 腹整静脈怒張(無・有・著) |  | 肝性脳症(無・有・(度)) |  | 出血傾向(無・有・著) | <p>(3) 検査成績</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査日</th> <th>施設</th> <th>基準値</th> <th>検査項目</th> <th>結果</th> <th>結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>AST(GOT) IU/L</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ALT(GPT) IU/L</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>γ-GPT IU/L</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>血清総ビリルビン mg/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>アルカリホスファターゼ IU/L</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>血清総蛋白 g/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>血清アルブミン g/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>BCG法・BCP法</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>・改良型BCP法</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>A/G比</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>血小板数 ×10<sup>4</sup>/μL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>プロトロンビン時間 %</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>総コレステロール mg/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>血中アンモニア ug/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>AFP ng/mL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PIVKA-II mAU/mL</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>8 治療内容</p> <p>(1) 利尿剤 ( 無・有 ) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)</p> <p>(2) 特殊アミノ酸製剤 ( 無・有 ) (5) 血小板輸血(無・有)</p> <p>(3) 抗ウイルス療法 ( 無・有 ) (6) その他</p> <p>具体的内容</p> <p>9 その他の所見</p> <p>(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日<br/>令和 年 月 日)</p> <p>経過</p> <p>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (令和 年 月 日)</p> | 検査日 | 施設 | 基準値 | 検査項目 | 結果 | 結果 |  |  |  | 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 <sup>4</sup> /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 ug/dL |  |  |  |  |  | AFP ng/mL |  |  |  |  |  | PIVKA-II mAU/mL |  |  |
|--|---------------|----------|---------------------------|------------|-----------|------------|-------------|-----------|--------------|-----------|---------------|--------|---------------|-----------|--------------|---------------|--|---------------|--|-------------|--|-----|----|-----|------|----|----|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|
| (1) 自覚症状   | (2) 他覚所見      |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 全身倦怠感(無・有・著)   | 肝萎縮(無・有・著)    |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 発熱(無・有・著)  | 脾腫大(無・有・著)    |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 食欲不振(無・有・著)  | 浮腫(無・有・著)     |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 悪心・嘔吐(無・有・著)   | 腹水(無・有・著)     |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 皮膚そう痒感(無・有・著)  | 有(難治性)        |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 有痛性筋痙攣(無・有・著)  | 黄疸(無・有・著)     |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 吐血・下血(無・有・著)   | 腹整静脈怒張(無・有・著) |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|  | 肝性脳症(無・有・(度)) |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|  | 出血傾向(無・有・著)   |          |                           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 検査日  | 施設            | 基準値      | 検査項目                      | 結果         | 結果        |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|  |               |          | 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 <sup>4</sup> /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 ug/dL             |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|  |               |          | AFP ng/mL                 |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|  |               |          | PIVKA-II mAU/mL           |            |           |            |             |           |              |           |               |        |               |           |              |               |  |               |  |             |  |     |    |     |      |    |    |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |

| ⑩ 血液疾患(令和 年 月 日現症)  |   |
|---|---|
| <p>1 臨床所見</p> <p>(1) 自覚症状 (無・有・著)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>立ちくらみ (無・有・著)</li> <li>易疲労感 (無・有・著)</li> <li>動悸 (無・有・著)</li> <li>息切れ (無・有・著)</li> <li>発熱 (無・有・著)</li> <li>紫斑 (無・有・著)</li> <li>月経過多 (無・有・著)</li> <li>関節症状 (無・有・著)</li> </ul> <p>(2) 他覚所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>易感染性 (無・有・著)</li> <li>リンパ節腫脹 (無・有・著)</li> <li>出血傾向 (無・有・著)</li> <li>血栓傾向 (無・有・著)</li> <li>肝腫 (無・有・著)</li> <li>脾腫 (無・有・著)</li> </ul> | <p>(3) 検査成績</p> <p>ア 末梢血液検査(令和 年 月 日) イ その他の検査</p> <p>※アの欄は、最も適切に現在の病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。</p> <p>画像検査(検査名) (令和 年 月 日)</p> <p>所見( )</p> <p>他の検査(検査名) (令和 年 月 日)</p> <p>所見</p> <p>ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL</p> <p>網赤血球 ( ) 万/μL</p> <p>血小板 ( ) 万/μL</p> <p>白血球 ( ) /μL</p> <p>好中球 ( ) /μL</p> <p>リンパ球 ( ) /μL</p> <p>病的細胞 ( ) %</p> |
| <p>2. 治療状況</p> <p>赤血球輸血 (年・月 回) 血小板輸血 (年・月 回)</p> <p>補充療法 (年・月 回) 新鮮凍結血漿 (年・月 回)</p>  | <p>3. その他の所見</p>  |
| ⑪ その他の疾患(令和 年 月 日現症)  |   |
| <p>1. 症状</p>  | <p>2. 臨床検査</p>  |
| <p>⑫ 安静を要する程度</p> <p>1. 絶対安静</p> <p>2. ベッド上の安静</p> <p>3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)</p> <p>4. 室内歩行はよい(1時間以内)</p> <p>5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)</p> <p>6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい</p> <p>7. 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる</p> <p>8. 疲れない程度の普通の生活</p>  |   |
| <p>⑬</p> <p>備考</p>  |   |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科名 医師氏名</p>   |   |

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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おそ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、それが不明の場合には、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ヶ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 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。
- 6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 7 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。
- 8 ⑩の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び換気機能障害、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。
- 9 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。