

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 様式第7号 新旧対照表(案)

新				旧			
様式第7号 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)				様式第7号 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)			
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	昭和 年 月 日		平成 年 月 日	
③ 住所		④ 障害の原因となった障害名		⑥ 障害発生年月日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日		⑦ 障害が継続すると判定された日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
⑧ 障害が継続すると判定された日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日		⑨ 判定の要否		判定 有 (年 歳) ・ 無	
⑩ 肝疾患 (平成 年 月 日現在)				⑪ 検査成績			
1 臨床所見		(2) 他覚所見		(3) 検査成績			
(1) 自覚症状 全身倦怠感(無・有・重) 発熱(無・有・重) 食欲不振(無・有・重) 悪心・嘔吐(無・有・重) 皮膚搔痒感(無・有・重) 有痛性経線硬(無・有・重) 吐血・下血(無・有・重)		(2) 他覚所見 肝発熱(無・有・重) 脾腫大(無・有・重) 浮腫(無・有・重) 腹水(無・有・重) 腎臓(無・有・重) 肝臓腫大(無・有・重) 胆管拡張(無・有・重) 出血傾向(無・有・重)		検査項目 / 検査日 / 検査値 / 単位			
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)				AST(GOT) IU/l ALT(GPT) IU/l γ-GPT IU/l 血清ビリルビン mg/dl アルブミン g/dl 血清アルブミン g/dl BCL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 血清アンモニア ug/dl AFP ng/ml PIVKA-II mAU/ml			
3 経過観察の治療歴 (1) 手術所見(日時: 平成 年 月 日) (2) 治療経過				B 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 具体的な内容			
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()				C 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)			
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)							
6 肝臓病治療歴 無・有 ・手術 回 ・内服薬法 回 ・動脈血栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回							
7 特異性抗体検査結果をその他肝臓検査に付随する病態の治療歴 所見							
⑫ 肝疾患 (平成 年 月 日現在)				⑬ 検査成績			
1 臨床所見		(2) 他覚所見		(3) 検査成績			
(1) 自覚症状 全身倦怠感(無・有・重) 発熱(無・有・重) 食欲不振(無・有・重) 悪心・嘔吐(無・有・重) 皮膚搔痒感(無・有・重) 有痛性経線硬(無・有・重) 吐血・下血(無・有・重)		(2) 他覚所見 肝発熱(無・有・重) 脾腫大(無・有・重) 浮腫(無・有・重) 腹水(無・有・重) 腎臓(無・有・重) 肝臓腫大(無・有・重) 胆管拡張(無・有・重) 出血傾向(無・有・重)		検査項目 / 検査日 / 検査値 / 単位			
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)				AST(GOT) IU/l ALT(GPT) IU/l γ-GPT IU/l 血清ビリルビン mg/dl アルブミン g/dl 血清アルブミン g/dl BCL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 血清アンモニア ug/dl AFP ng/ml PIVKA-II mAU/ml			
3 経過観察の治療歴 (1) 手術所見(日時: 平成 年 月 日) (2) 治療経過				B 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 具体的な内容			
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()				C 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)			
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)							
6 肝臓病治療歴 無・有 ・手術 回 ・内服薬法 回 ・動脈血栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回							
7 特異性抗体検査結果をその他肝臓検査に付随する病態の治療歴 所見							

新

㉙ 血液疾患(平成 年 月 日現在)

1. 臨床所見

① 顔面 ② 結膜 ③ 皮膚 ④ 舌 ⑤ 歯 ⑥ 頸部 ⑦ 胸部 ⑧ 腹部 ⑨ 四肢 ⑩ 神経系

⑪ 聴力 ⑫ 視力 ⑬ 嗅覚 ⑭ 味覚 ⑮ 触覚 ⑯ 痛覚 ⑰ 温度覚 ⑱ 振動覚 ⑲ 位置覚 ⑳ 運動覚 ㉑ 平衡覚 ㉒ 聴覚 ㉓ 視覚 ㉔ 嗅覚 ㉕ 味覚 ㉖ 触覚 ㉗ 痛覚 ㉘ 温度覚 ㉙ 振動覚 ㉚ 位置覚 ㉛ 運動覚 ㉜ 平衡覚

① 顔面 ② 結膜 ③ 皮膚 ④ 舌 ⑤ 歯 ⑥ 頸部 ⑦ 胸部 ⑧ 腹部 ⑨ 四肢 ⑩ 神経系

⑪ 聴力 ⑫ 視力 ⑬ 嗅覚 ⑭ 味覚 ⑮ 触覚 ⑯ 痛覚 ⑰ 温度覚 ⑱ 振動覚 ⑲ 位置覚 ⑳ 運動覚 ㉑ 平衡覚 ㉒ 聴覚 ㉓ 視覚 ㉔ 嗅覚 ㉕ 味覚 ㉖ 触覚 ㉗ 痛覚 ㉘ 温度覚 ㉙ 振動覚 ㉚ 位置覚 ㉛ 運動覚 ㉜ 平衡覚

2. 治療経過

① 輸血 (年・月 日) ② 輸液 (年・月 日)

③ 輸血 (年・月 日) ④ 輸液 (年・月 日)

㉚ その他の疾患(平成 年 月 日現在)

1. 症状

2. 臨床検査

㉛ 安静を要する程度

1. 絶対安静 2. ベッド上の安静 3. 必要時のみ室内歩行(30分以内) 4. 室内歩行はよい(1時間以内)

5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) 6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい 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 8. 寝れない程度の普通の生活

⑬ 備考

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名 医師氏名

㉙ 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者の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

㉚ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

旧

㉙ 血液疾患(平成 年 月 日現在)

1. 臨床所見

立ちくらみ (有 無)

動悸 (有 無)

息切れ (有 無)

出血傾向 (有 無)

発熱 (有 無)

感染 (有 無)

輸血の回数及び量 昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日

平成 年 月 日 合計 cc

その他の臨床所見

2. 血液検査成績(平成 年 月 日)

		検査項目	検査成績
末梢	血色素量	g/dl	%
	赤血球数		$\times 10^4 / \text{mm}^3$
梢	網赤血球		%
	白血球数		$/ \text{mm}^3$
血液	顆粒球数		$/ \text{mm}^3$
	病的細胞		%
骨髄	血小板数		$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	有核細胞数		$\times 10^4 / \text{mm}^3$
髄	リンパ球		%
	E / M		
	病的細胞		%

㉚ その他の疾患(平成 年 月 日現在)

1. 症状

2. 臨床検査

㉛ 安静を要する程度

1. 絶対安静 2. ベッド上の安静 3. 必要時のみ室内歩行(30分以内) 4. 室内歩行はよい(1時間以内)

5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) 6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい 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 8. 寝れない程度の普通の生活

⑬ 備考

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名 医師氏名

㉙ 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者の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

㉚ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

新 (裏面)	旧 (裏面)
<p>注意</p> <p>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おくなる場合がありますので、詳しく記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>注意</p> <p>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おくなる場合がありますので、詳しく記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 <u>血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。</u></p> <p>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。</p> <p>7 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>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。</p> <p>9 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。</p> <p>10 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。</p>

障害児福祉手当認定診断書 様式第2号 新旧対照表 (案)

新		旧																
様式第2号 (表 面)		様式第2号 (表 面)																
障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)																		
① (ふりがな) 氏 名	男・女	② 生年月日	平成 年 月 日															
③ 住 所	④ 障害の原因となつた傷病名																	
⑤ 傷病の原因又は起因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)	⑥ 傷病発生年月日	平成 年 月 日															
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有(年後)・無															
現 症	㉔ 聴力検査成績 (1) 純音聴力 <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入) (2) 最良話音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %			500	1000	2000	右				左				用 意			
		500	1000	2000														
右																		
左																		
㉕ 重度聴用の補聴器の使用効果 全く音声を識別できない程度に……… <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>1</td><td>該当する</td></tr> <tr><td>2</td><td>該当しない</td></tr> </table>		1	該当する	2	該当しない	㉔ 聴力検査成績 (1) 純音聴力 <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入) (2) 最良話音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %		500	1000	2000	右				左			
1	該当する																	
2	該当しない																	
	500	1000	2000															
右																		
左																		
⑩ 備考																		
上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の特 所 在 地 診療担当科名 医師 氏 名 印																		
① 裏面の注意をよく読んでから記入してください。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。 ② 字は楷書ではっきりと書いてください。																		

新

(裏面)

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る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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 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 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 ㊦の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、オージオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、GOR検査(条件致発反応検査)を組み合わせて実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 7 口頭による聴検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

旧

(裏面)

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る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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 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 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 ㊦の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 7 口頭による聴検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

特別障害者手当認定診断書 様式第15号 新旧対照表 (案)

新				旧																																																																																																																																															
様式第15号 特別障害者手当認定診断書 (肝臓・血液 疾患及びその他の疾患用)				様式第15号 特別障害者手当認定診断書 (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	年 月 日	昭和 平成	年 月 日																																																																																																																																												
③ 住所	④ 発症の原因と なった傷病名			④ 疾病の原因と 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	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成	年 月 日																																																																																																																																											
⑦ 障害が継続すると判定された日	昭和 平成	年 月 日	⑧ 再認定の要	有 (年毎)	無	⑧ 再認定の要	有 (年毎)	無																																																																																																																																											
障害の状況				障害の状況																																																																																																																																															
⑨ 肝疾患 (平成 年 月 日現在)				⑨ 肝疾患 (平成 年 月 日現在)																																																																																																																																															
1 臨床所見		(1) 自覚症状		(2) 検査成績		(3) 検査成績																																																																																																																																													
(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) 皮膚搔痒(無・有・著) 有痛性筋硬直(無・有・著) 吐血・下血(無・有・著)		(2) 検査所見 肝臓腫大(無・有・著) 脾臓腫大(無・有・著) 浮腫(無・有・著) 尿水(無・有・著) 黄疸(無・有・著) 胆管拡張(無・有・著) 胆管狭窄(無・有・著) 胆管結石(無・有・著) 胆管癌(無・有・著)		(3) 検査成績 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設</th> <th>基準値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td>IU/l</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></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ</td><td>IU/l</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td>g/dl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>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</td><td>×10⁹/μl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間</td><td>s</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></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>μg/dl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td>ng/ml</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II</td><td>mAU/ml</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 ⁹ /μl			プロトロンビン時間	s			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			(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) 皮膚搔痒(無・有・著) 有痛性筋硬直(無・有・著) 吐血・下血(無・有・著)		(2) 検査所見 肝臓腫大(無・有・著) 脾臓腫大(無・有・著) 浮腫(無・有・著) 尿水(無・有・著) 黄疸(無・有・著) 胆管拡張(無・有・著) 胆管狭窄(無・有・著) 胆管結石(無・有・著) 胆管癌(無・有・著)		(3) 検査成績 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設</th> <th>基準値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td>IU/l</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></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ</td><td>IU/l</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td>g/dl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>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</td><td>×10⁹/μl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間</td><td>s</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></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>μg/dl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td>ng/ml</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II</td><td>mAU/ml</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 ⁹ /μl			プロトロンビン時間	s			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 ⁹ /μl																																																																																																																																																		
プロトロンビン時間	s																																																																																																																																																		
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 ⁹ /μl																																																																																																																																																		
プロトロンビン時間	s																																																																																																																																																		
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stage		A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)		2 Child-Pughによるstage		A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)																																																																																																																																													
3 肝生検 無・有		検査年月日(平成 年 月 日)		3 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()		所見		グレード() ステージ()																																																																																																																																													
4 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)																																																																																																																																													
		(2) 吐血・下血の既往 無・有 (回)				(3) 治療歴 無・有 (回)																																																																																																																																													
5 肝臓癌治療歴 無・有		・手術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回		6 その他の所見		(1) 肝臓腫大 無・有 (有の場合は検査年月日(平成 年 月 日))																																																																																																																																													
6 特異性細菌性膿瘍または他肝臓病に付随する病態の存在		所見				(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)																																																																																																																																													
7 治療内容		(1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)		5 肝臓癌治療歴 無・有		⑩ その他の所見																																																																																																																																													
		(2) 特異抗菌薬(無・有) (5) 血小板輸血(無・有)		・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈血栓 回		(1) 肝臓腫大 無・有 (有の場合は検査年月日(平成 年 月 日))																																																																																																																																													
		(3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他		・放射線療法 回 ・化学療法 回		経過																																																																																																																																													
		具体的内容		6 特異性細菌性膿瘍または他肝臓病に付随する病態の治療歴		(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)																																																																																																																																													
				所見																																																																																																																																															
				7 治療内容																																																																																																																																															
				(1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)																																																																																																																																															
				(2) 特異抗菌薬(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																																																																																																																																															

新

⑬ 血液検査(平成 年 月 日現在)

1. 臨床所見

2. 治療状況

3. その他の疾患(平成 年 月 日現在)

⑭ 安静を要する程度

⑮ 活動能力の程度

⑯ 備考

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

医師氏名

旧

⑬ 血液検査(平成 年 月 日現在)

1. 臨床所見

2. 血液検査成績(平成 年 月 日)

	検査項目	検査成績
末梢血	血色素量	g/dl %
	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	網赤血球	%
	白血球数	$/ \text{mm}^3$
	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$
骨髄液	病的細胞	%
	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
骨髄	巨核球数	$/ \text{mm}^3$
	リンパ球	%
	F/M	
病的細胞	%	

⑭ その他の疾患(平成 年 月 日現在)

1. 症状

2. 臨床検査

⑮ 安静を要する程度

⑯ 活動能力の程度

⑰ 備考

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

医師氏名

◎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はありません。

◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

◎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はありません。

◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

新 (裏面)	旧 (裏面)
<p>注意</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この診断書は、特別障害者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「7 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。 	<p>注意</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この診断書は、特別障害者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 <u>血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。</u> 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「7 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 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。 10 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。