

自立支援医療（更生医療）意見書

肝

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

指定(届出)医師名（自署）

診療担当医師（自署）

（自署でない場合は氏名の右に押印してください。）

氏

住所

名 T・S・H 年 月 日生（ 歳）

傷病名：

経過および現症：

更生医療概要

1. 治療効果見込み

2. 医療の具体的方針（術名等）

入院予定日 令和 年 月 日 手術予定日 令和 年 月 日

3. 医療の概要（適用）

医療費概算内訳	治療期間	入院	ヶ月	通院	ヶ月
	医療費概算額	健保点数	点	金額	円
①初・再診		点	⑤検査		点
②投薬注射		点	⑥入院		点
③処置		点	⑦その他		点
④手術		点			点

（医療機関へのお願い）

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・治療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。

肝臓の機能障害の状況及び所見

1 肝臓の機能障害の重症度

	第1回検査日		第2回検査日	
	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 おおむね ℓ		なし・軽度・中程度以上 おおむね 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
血清アルブミン値、プロトロンビン時間又は血清総ビリルビン値のうち、その点数が3点であるものの有無	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔にお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。

2 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)	こん睡 (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1 肝性脳症のこん睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

2 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上 (小児等でその体重がおおむね40kg以下のものにあつては、薬剤により制御できるものを軽度、薬剤により制御できないものを中程度以上) とする。

2 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	○ ・ ×	○ ・ ×

3 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		

4 補完的な肝臓の機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

補完的な肝臓の機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上	有 ・ 無
	検査日	年 月 日
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上	有 ・ 無
補完的な肝臓の機能診断	検査日	年 月 日
	血小板数50,000/mm ³ 以下	有 ・ 無
	検査日	年 月 日
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日
	胃食道静脈瘤治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日
症状に影響する病歴	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	有 ・ 無
	最終確認日	年 月 日
日常生活活動の制限	1日に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に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

補完的な肝臓の機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限の該当個数	個
補完的な肝臓の機能診断又は症状に影響する病歴の該当の有無	有 ・ 無

注 肝臓移植を行った者で抗免疫療法を実施しているものにあつては、1、2及び4の記載を省略することができる。