

# 《仙台市の診断書・意見書様式の変更について》

※「1 肝臓機能障害の重症度」欄の記載を一部変更しました。

年 月 日

肝臓の機能障害の状態及び所見 (1/2)

氏名:

## 1 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<br>Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ        |     | なし・Ⅰ・Ⅱ<br>Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ        |     |
| 腹水        | なし・軽度<br>中程度以上<br>概ね ℓ |     | なし・軽度<br>中程度以上<br>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               |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| (○)で囲む                         | 5～6点・7～9点・10点以上 | 5～6点・7～9点・10点以上 |
| 肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無 | 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。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

合計点数について、○をしてください。

項目と点数が変更になりました。

(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3 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4 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10以上を軽度、30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。

## 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の実施   | ○・×   | ○・×   |

## 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 |       |       |

注5 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、1, 2, 4の記載は省略可能である。