

自立支援医療（更生医療）意見書

肝

平成	年	月	日	医療機関名 所在地	印
				指定(届出)医師名	印
				診療担当医師	印
氏			住所		
	男	女			
名	T・S・H	年	月	日生(歳)	
係属名:					
経過および現症:					
更生医療概要					
1. 医療の要否 要 ・ 否					
2. 治療効果見込み					
3. 医療の具体的方針					
4. 医療の概要					
医療費概算額		入院	ヶ月	通院	ヶ月
① 初診		健康点数	点	金額	円
② 投薬注射		点	⑤ 検査	点	点
③ 処置		点	⑥ 入院	点	点
④ 手術		点	⑦ その他	点	点
		点	点	点	点

肝臓の機能障害の状態及び所見

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	年	月
肝性脳症	状態	点数	状態	点数
胆水	なし・I・II III・IV・V なし・軽度 中程度以上		なし・I・II III・IV・V なし・軽度 中程度以上	
血清アルブミン値	g/dl		g/dl	
プロトロンブリン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dl		mg/dl	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンブリン時間、血清総ビリルビン値)	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。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	中重度 (III以上)
胆水	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
プロトロンブリン時間	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 肝性脳症の重症度分類は、大山ソボゾウム(1981年)による。
注4 胆水は、原則として超音波検査・穿刺による排出量を検査して臭込まれる量が概ね10以上を軽度、30以上を中程度以上とするが、小児等の体量が概ね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るものを軽度、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を要しない	○・×	○・×

3 肝臓移植

	有・無	実施年月日	年	月	日
肝臓移植の有無	有・無				
免疫療法の実施	有・無				

注5 肝臓移植を行った者であって、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。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上	検査日	年	月	日	有・無
	血中アンモニア濃度150µg/dl以上	検査日	年	月	日	有・無
日常生活活動の制限	血小板数50,000/mm ³ 以下	検査日	年	月	日	有・無
	原発性肝がん治療の既往	確定診断日	年	月	日	有・無
症状に影響する病歴	特異性細菌性胆管炎治療の既往	確定診断日	年	月	日	有・無
	腎動脈狭窄治療の既往	確定診断日	年	月	日	有・無
現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	最終確認日	年	月	日	有・無	
	1日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分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無			有・無
有痛性胆汁うっ滞	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・無
	有痛性胆汁うっ滞が1日に1回以上ある	有・無				有・無

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有・無

医療機関へのお問い合わせ先、夏生医療運用申請以前に、行われた検査・治療(手術・制酸等)は、夏生医療運用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、夏生医療申請手続を済ませるよう対象の患者者、家族にご指導願います。