

## 指定医師関係書類

・身体障害者福祉法による医師の指定申請書	1
同意書、履歴書	
・指定医師変更届	4
・指定医師辞退届	5

## 身体障害者診断書・意見書様式

・総括表	6
・総括表（肢体不自由要用）	8
・視覚障害の状況及び所見	10
・聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見	12
・肢体不自由の状況及び所見	16
・脳原性運動機能障害用	18
・心臓の機能障害の状況及び所見（18歳以上用）	20
・心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）	22
・じん臓の機能障害の状況及び所見	23
・呼吸器の機能障害の状況及び所見	25
・ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見	27
・小腸の機能障害の状況及び所見	30
・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳以上用）	33
・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳未満用）	37
・肝臓の機能障害の状態及び所見	41

## 身体障害者福祉法による医師の指定申請書

身体障害者福祉法第 15 条による医師として指定くださるよう別紙同意書及び  
履歴書を添えてお願いします。

年 月 日

診療科目

氏 名

佐 賀 県 知 事 殿

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名	
所 在 地	
担 当 科 目	

法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。

年 月 日

医療機関等開設者 氏名

医 師（申請者） 氏名

## 履 歴 書

ふりがな氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男・女
本籍地	(都道府県のみ記入)		現住所			
学歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	修 学 期 間		卒 業 ・ 中 退 ・ 在 学 中	
			年 月 ~	年 月	第 学 年	
			年 月 ~	年 月	第 学 年	
			年 月 ~	年 月	第 学 年	
資格並びに試験関係	年 月 日	名 称	年 月 日	名 称		
備考						

	年 月 日	事 項	備 考
勤務記事			

- (注) 1 医師免許証の写しを必ず添付してください。
- 2 病院等医師が勤務、又は研究のために利用した施設については、該当医師の関係した専門科目及びその時点での身分(臨床研修医、医員、院長等)まで必ず記入してください。
- 3 県外の病院に勤務した場合は、当該病院の所在地( 県 市 等)を記入してください。

指 定 医 師 変 更 届

	新	旧
医療機関名		
所在地		
診療科目		
その他		
変更年月日	年      月      日	
変更理由		
<p>身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について上記のとおり変更したのでお知らせします。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p>佐賀県知事      様</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">指定医師氏名</p>		

医療機関、所在地等の変更があったときに提出してください。

指 定 医 師 辞 退 届

医療機関名			
所在地			
指定医師名		診療科目	
辞退年月日	年      月      日		
辞退の理由			
<p>身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について上記のとおり指定を辞退します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p>佐賀県知事      様</p> <p style="text-align: center;">指定医師氏名</p>			

死亡、県外転出、その他の理由で指定を辞退するときに提出してください。

身体障害者診断書・意見書( 障害用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生( )歳	男・女
住所			
障害名(部位を明記)			
原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、疾病、先天性、その他 ( )		
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所	
参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日			
総合所見			
〔 将来再認定 要・不要 〕 (再認定の時期 年 月)			
その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名 科 医師氏名			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔 障害程度等級についても参考意見を記入 〕			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
・該当する( 級相当)			
・該当しない			

- 注意
- 1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
  - 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。
  - 3 障害区分や等級決定のため、佐賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。



身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生( )歳	男・女
住所			
障害名(部位を明記)			
原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、疾病、先天性、その他 ( )		
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所	
参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日			
総合所見			
〔 将来再認定 要・不要 〕 (再認定の時期 年 月) 人工関節等置換術(予定)日(平成 年 月 日)			
その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
・該当する( )級相当)			
障害部位	等級	障害程度	指数
合 計			
・該当しない			

- 注意
- 1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
  - 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。
  - 3 人工関節等置換術(予定)日については、該当の場合のみ記入してください。
  - 4 障害区分や等級決定のため、佐賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。

視覚障害の状況及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正視力						
右眼		x	D	( )	cyl	D	Ax	°
左眼		x	D	( )	cyl	D	Ax	°

2 視野

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価( / 4)

両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度( 80)
左										度( 80)
両眼による視野が2分の1以上欠損(はい・いいえ)										

(2) 中心視野の評価( / 2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度
左										度

両眼中心視野角度( / 2)  $( \square \text{ ( と のうち大きい方)} \times 3 + \square \text{ ( と のうち小さい方)} ) / 4 = \square \text{ 度}$

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数

点

(2) 中心視野の評価(10 2プログラム)

右  点( 26dB)  
左  点( 26dB)

両眼中心視野視認点数  $( \square \text{ ( と のうち大きい方)} \times 3 + \square \text{ ( と のうち小さい方)} ) / 4 = \square \text{ 点}$

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野  
| ピコ  
貼付

(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが /4の視標によるものか、 /2の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。

【はじめに】《認定要領参照のこと》

この診断書においては、以下の4つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、にレを入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合には、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること(各々の障害の合計指数をもって等級決定することはない)。

聴覚障害 『1「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。

平衡機能障害 『2「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

音声・言語機能障害 『3「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

そしゃく機能障害 『4「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

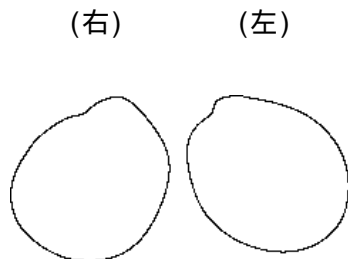
(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

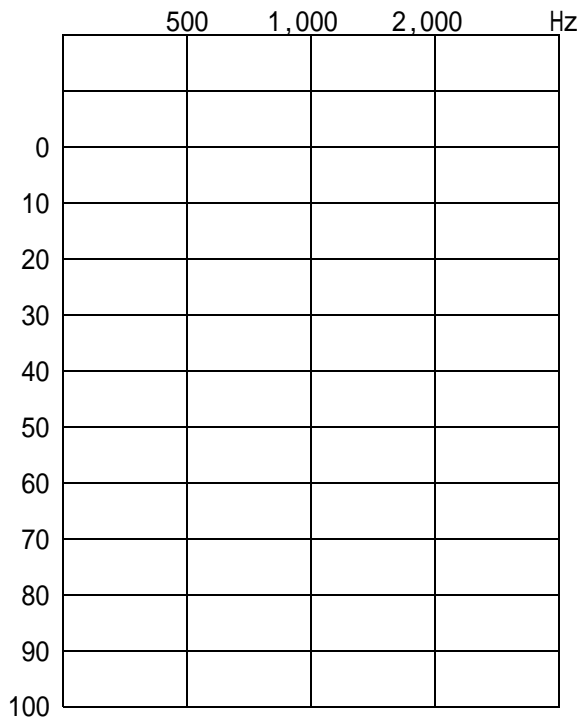
(3) 鼓膜の状態



(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記載する。)

ア 純音による検査

オーディオメータの型式 \_\_\_\_\_



dB

イ 語音による検査

語音明瞭度	右	%
	左	%

(注)スピーチオーディオグラムを添付すること

(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)の所持状況 有・無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害の程度及び検査所見

下の「該当する障害」の にレを入れ、さらに 又は の該当する にレ又は( ) 内に必要事項を記述すること。

「該当する障害」 { そしゃく・嚥下機能の障害  
「 そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。  
咬合異常によるそしゃく機能の障害  
「 咬合異常によるそしゃく機能の障害」に記載すること。

そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。

経口摂取のみでは十分に栄養が摂取できないため、経管栄養を併用している。

経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取できる方法に著しい制限がある。

その他

[ ]

b 参考となる検査所見

ア 各器官の一般的検査

参考 各器官の観察点

- ・口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- ・舌：形状、運動能力、反射異常
- ・軟口蓋：拳上運動、反射異常
- ・声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

所見(上記の枠内の「各器官の観察点」に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。)

( )

#### イ 嚥下状態の観察と検査

##### 《参考1》各器官の観察点

- ・ 口腔内保持の状態
- ・ 口腔から咽頭への送り込みの状態
- ・ 喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
- ・ 食道入口部の開大と流動物(bolus)の送り込み

##### 《参考2》摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点

- ・ 摂取できる食物の内容(固形物、半固形物、流動食)
- ・ 誤嚥の程度(毎回、2回に1回程度、数回に1回、ほとんど無し)

#### 観察・検査の方法

エックス線検査( )

内視鏡検査( )

その他( )

所見(上記の枠内の《参考1》と《参考2》の観察点から、嚥下状態について詳細に記載すること)

( )

#### 咬合異常によるそしゃく機能の障害

##### a 障害の程度

著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。

その他

( )

##### b 参考となる検査所見(咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果)

ア 咬合異常の程度(そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。)

( )

イ そしゃく機能(口唇・口蓋裂では、上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。)

( )

(2) その他(今後の見込み等)

[ ]

(3) 障害程度の等級

(下の該当する障害程度の等級の項目の にレを入れること。)

「そしゃく機能の喪失」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び抹消神経障害によるもの

外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

「そしゃく機能の著しい障害」(4級)とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの

外傷・腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

〔記入上の注意〕

(1) 聴力障害の認定にあたっては、JIS規格(新規格)によるオージオメータで測定すること。

dB値は、周波数500、1,000、2,000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定し、a、b、cのうちいずれか1又は2において100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定すること。

(2) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)の提出を求めるものとする。

(3) 小腸機能障害を併せ持つ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等がどちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

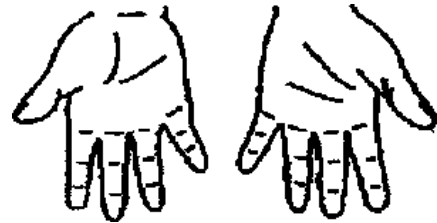
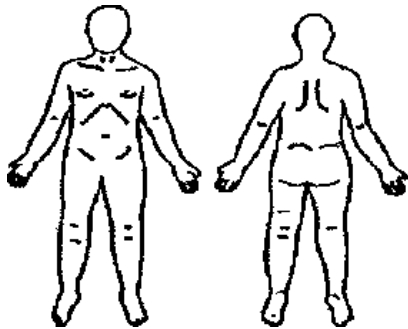


肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを で囲み、下記空欄に追加所見記入。)

- 1 感覚障害(下記図示)：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害(下記図示)：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・あり

参考図示



右 左

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握力Kg	

×変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

関係ない部分は記入不要

動作・活動 自立 半介助 全介助又は不能 ×( )の中のものを使う時はそれに

寝返りをする		シャツを着て脱ぐ	
あしを投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰かける		ブラッシで歯を磨く(自助具)	
立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子)		タオルを絞る	
洋式便器にすわる		背中を洗う	
排泄の後始末をする		2階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖)	
(箸で)食事をする(スプーン、自助具)		屋外を移動する(家の周辺程度)(杖・松葉杖、車椅子)	
コップで水を飲む		公共の乗り物を利用する	

注 身体障害者福祉法の等級は機能障害(impairment)のレベルで認定されますので( )の中に がついて いる場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法：

上肢長：肩峰 橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

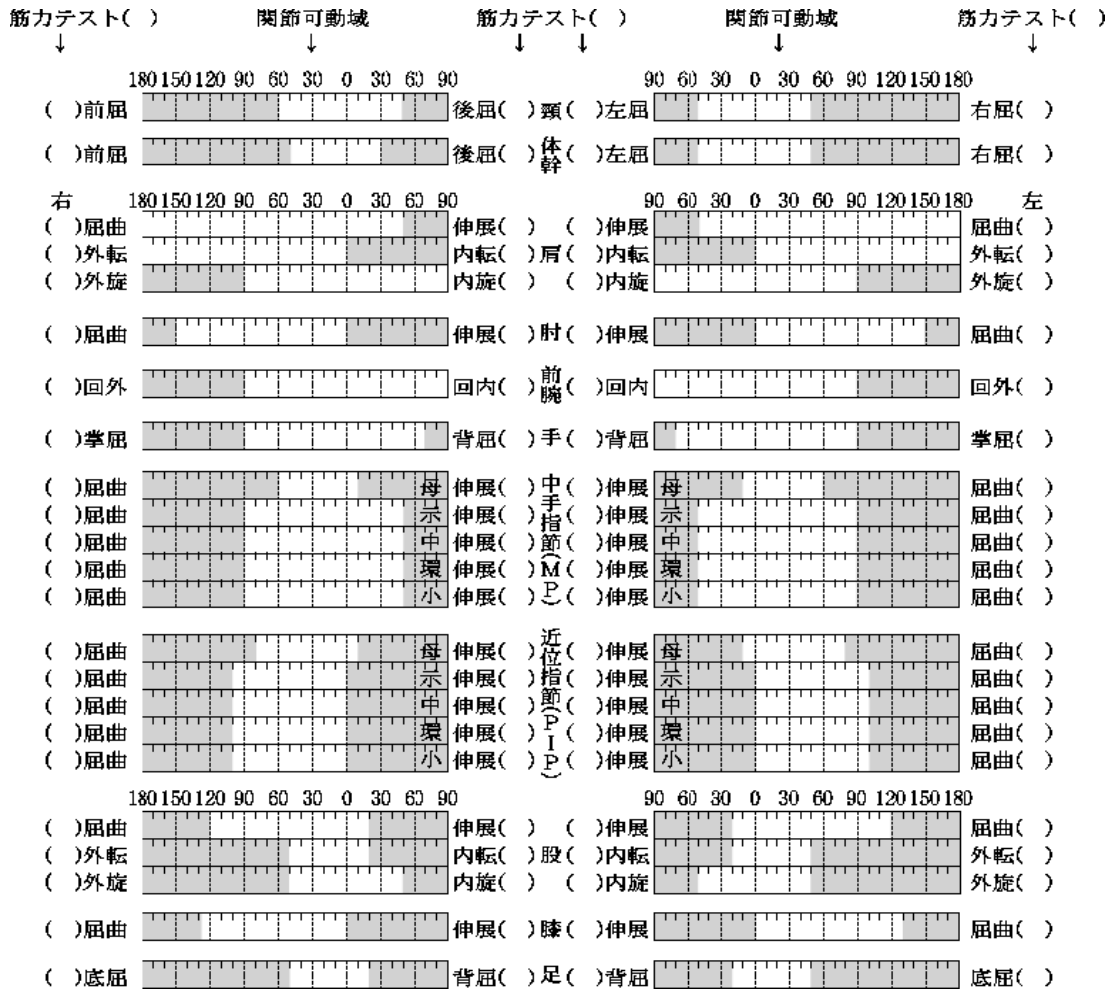
下肢長：上前腸骨棘 (脛骨)内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は別記)

上腕周径：最大周径


下腿周径：最大周径

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は必要な部分を記入)



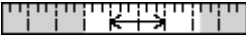
備考

注：

- 1 関節可動域は、他動的な可動域を原則とする。
- 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
- 3 関節可動域の図示は、のように両端に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直股位に波線(〽)を引く。
- 4 筋力については、表( )内に× 印を記入する。  
×印は、筋力が消失又は著減(筋力0、1、2該当)  
印は、筋力半減(筋力3該当)  
印は、筋力正常又はやや減(筋力4、5該当)

- 5 (PIP)の項母指は(IP)関節を示す。
- 6 DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
- 7 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×)伸展  屈曲( )

脳原性運動機能障害用

(該当するものを で囲むこと。)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

ひも結びテスト結果

1度目の1分間\_\_\_\_\_本

2度目の1分間\_\_\_\_\_本

3度目の1分間\_\_\_\_\_本

4度目の1分間\_\_\_\_\_本

5度目の1分間\_\_\_\_\_本

計 \_\_\_\_\_本

イ 1上肢機能障害

5動作の能力テスト結果

a 封筒をはさみで切る時に固定する。 (・可能 ・不可能)

b 財布からコインを出す。 (・可能 ・不可能)

c 傘をさす。 (・可能 ・不可能)

d 健側の爪を切る。 (・可能 ・不可能)

e 健側のそで口のボタンを留める。 (・可能 ・不可能)

2 移動機能障害

下肢・体幹機能評価結果

a つたい歩きをする。 (・可能 ・不可能)

b 支持なしで立位を保持し、その後10m歩行する。 (・可能 ・不可能)

c 椅子から立ち上がり10m歩行し、再び椅子に座る。 (・可能 ・不可能)

\_\_\_\_\_秒

d 50cm幅の範囲内を直線歩行する。 (・可能 ・不可能)

e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。 (・可能 ・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

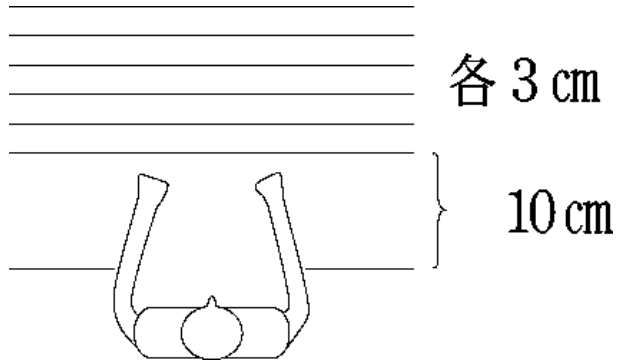
(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

事務用とじひも(おおむね43cm規格のもの)を使用する。

とじひもを机の上、被験者前方  
に図のごとく置き並べる。

被験者は手前のひもから順にひ  
もの両端をつまんで、軽くひと結  
びする。



- 注 ・ 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。  
・ 手を机上に浮かして結ぶこと。  
結び目の位置は問わない。  
ひもが落ちたり、位置から外されたときには検査担当者が戻す。  
ひもは検査担当が随時補充する。  
連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

イ 5動作の能力テスト

a 封筒をはさみで切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出して  
もよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

b 財布からコインを出す。

財布を患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。  
ジッパーを開けて閉めることを含む。

c 傘をさす。

開いてる傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位の  
ままでよい。肩に担いではいけない。

d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e 健側のそで口のボタンを留める。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタン  
をかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを で囲むこと。)

1 臨床所見

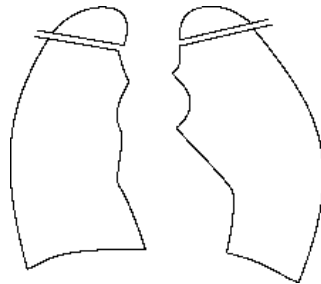
- ア 動 悸(有・無)      キ 浮 腫(有・無)
- イ 息 切 れ(有・無)      ク 心 拍 数
- ウ 呼 吸 困 難(有・無)      ケ 脈 拍 数
- エ 胸 痛(有・無)      コ 血 圧(最大      ・最小      )
- オ 血 痰(有・無)      サ 心 音
- カ チアノーゼ(有・無)      シ その他の臨床所見

心エコー所見(      年      月      日)

左室駆出率( E F )      %

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部X線所見(      年      月      日)



心 胸 比

3 心電図所見(      年      月      日)

- ア 陳旧性心筋梗塞      (有・無)
- イ 心室負荷像      (有 右室、左室、両室 ・無)
- ウ 心房負荷像      (有 右房、左房、両房 ・無)
- エ 脚ブロック      (有・無)
- オ 完全房室ブロック      (有・無)
- カ 不完全房室ブロック      (有第      度・無)
- キ 心房細動(粗動)      (有・無)
- ク 期外収縮      (有・無)
- ケ S T の低下      (有      mV ・無)
- コ 第誘導、第誘導及び胸部誘導(ただし      (有・無)  
V<sub>1</sub>を除く。)のいずれかのTの逆転

サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)

シ その他の心電図所

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

#### 4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しくは制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返し必要としているもの

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの

5 ペースメーカー (有・無) 手術年月日( 年 月 日 実施済・予定 )

人工弁移植、弁置換 (有・無) 手術年月日( 年 月 日 実施済・予定 )

6 ペースメーカーの適応度 (クラス ・クラス ・クラス )

7 身体活動能力(運動強度) 検査日・判断日( 年 月 日 )

( メッツ)

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

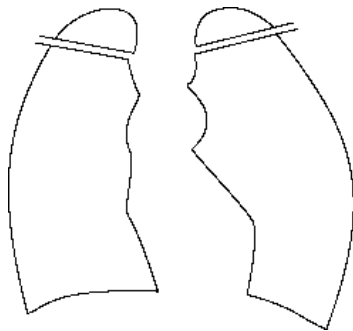
(該当するものを で囲むこと。)

1 臨床所見

- |             |       |         |       |
|-------------|-------|---------|-------|
| ア 著しい発育障害   | (有・無) | オ チアノーゼ | (有・無) |
| イ 心音・心雑音の異常 | (有・無) | カ 肝腫大   | (有・無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) | キ 浮腫    | (有・無) |
| エ 運動制限      | (有・無) |         |       |

2 検査所見

(1) 胸部X線所見( 年 月 日)



心胸比

- |             |       |
|-------------|-------|
| ア 心胸比0.56以上 | (有・無) |
| イ 肺血流量増又は減  | (有・無) |
| ウ 肺静脈うっ血像   | (有・無) |

(2) 心電図所見

- |          |                 |
|----------|-----------------|
| ア 心室負荷像  | [有(右室、左室、両室)・無] |
| イ 心房負荷像  | [有(右房、左房、両房)・無] |
| ウ 病的な不整脈 | [種類 ] (有・無)     |
| エ 心筋障害像  | [所見 ] (有・無)     |

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見( 年 月 日)

- |              |       |
|--------------|-------|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 | (有・無) |
| イ 冠動脈瘤又は拡張   | (有・無) |
| ウ その他        |       |

3 養護の区分

- (1) 6か月～1年ごとの観察
- (2) 1か月～3か月ごとの観察
- (3) 症状に応じて要医療
- (4) 継続的要医療
- (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの

じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを で囲むこと。)

1 じん機能 (検査年月日: 年 月 日)

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( ml / 分)測定不能
- イ 血清クレアチン濃度 ( mg / dl)
- ウ 血清尿素窒素濃度 ( mg / dl)
- エ 24時間尿量 ( ml / 日)
- オ 尿 所 見( )

2 その他参考となる検査所見

(胸部X線写真、眼底所見、心電図等)

3 臨床症状(該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること。)

- ア じん不全に基づく末梢神経症 (有・無)〔 〕
- イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無)〔食思不振、悪心、嘔吐、下痢〕
- ウ 水分電解質異常(有・無)
 

Na	mEq / l、	K	mEq / l
Ca	mEq / l、	P	mg / dl
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、			
その他( )			
- エ じん不全に基づく精神異常 (有・無)〔 〕
- オ エックス線写真所見上における骨異栄養症 (有・無)〔高度、中高度、軽度〕
- カ じん性貧血 (有・無)Hb g / dl、Ht %  
赤血球数  $\times 10^4 / \text{mm}^3$
- キ 代謝性アシドーシス (有・無)〔 $\text{HCO}_3$  mEq / l〕
- ク 重篤な高血圧症 (有・無)最大血圧 / 最小血圧  
mmHg
- ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無)〔 〕



4 現在までの治療内容（該当する項目の にレを入れ、必要事項を記載すること。）

慢性透析療法の実施の有無

有 （ 年 月 日 導入 ）

開始予定 （ 年 月 日 導入予定 ・ 未定 ）

無

5 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることのないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを で囲むこと。)

1 身体計測

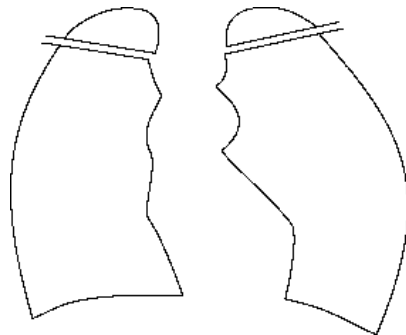
身長 cm 体重 kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。
- ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。
- エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。
- オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

3 胸部X線写真所見( 年 月 日)

- ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)
- イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)
- ウ 線維化 (無・軽度・中等度・高度)
- エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)
- オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度)
- カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)



4 換気の機能( 年 月 日)

ア 予測肺活量 ー・ー・ー L (実測肺活量 ー・ー・ー L)

イ 1秒量 ー・ー・ー L (実測努力肺活量 ー・ー・ー L)

ウ 予測肺活量1秒率 ー・ー・ー % ( =  $\frac{イ}{ア} \times 100$  )

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 ( L )

男性  $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性  $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は男性18~91歳、女性18~95歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

検査不能の場合は、その理由を記載すること

( )

5 動脈血ガス

室内空気

在宅酸素療法 酸素吸入量 安静時( )L/分 労作時( )L/分  
可能な限り室内空気吸入時での検査とすること

( 年 月 日)

ア O<sub>2</sub> 分 圧 :      Torr

イ CO<sub>2</sub> 分 圧 :      Torr

ウ pH :

エ 採血より分析までに時間を要した場合  時間  分

オ 耳朶血を用いた場合 : [  ]

6 その他の臨床所見

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の にレを入れ、必要事項を記述すること。
- ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

尿路変向(更)のストマ( 永久的・ 一時的)

(1) 種類・術式

(2) ストマにおける排尿処理の状態

種類

腎瘻                      腎盂瘻  
尿管瘻                      ぼうこう瘻  
回腸(結腸)導管  
その他 [                      ]

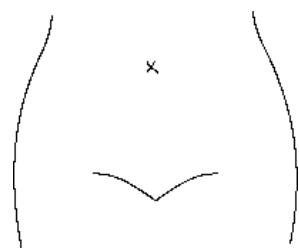
長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

術式:[                      ]

有  
(理由)

手術日:[              年      月      日 ]

軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある  
(部位、大きさについて図示)  
ストマの変形  
不適切な造設箇所



無

(ストマ及びびらんの部位等を図示)

高度の排尿機能障害

(1) 原因

(2) 排尿機能障害の状態・対応

神経障害

カテーテルの常時留置

先天性:[                      ]  
(例：二分脊椎 等)

自己導尿の常時施行

直腸の手術

完全尿失禁

・術式:[                      ]

・手術日:[      年      月      日 ]

その他

自然排尿型代用ぼうこう

・術式:[                      ]

・手術日:[      年      月      日 ]

2 直腸機能障害

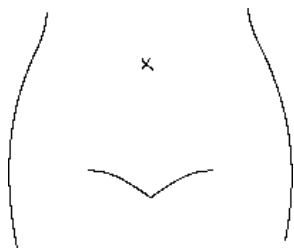
腸管のストマ ( 永久的・ 一時的 )

(1) 種類・術式

種類 { 空腸・回腸ストマ  
上行・横行結腸ストマ  
下行・S状結腸ストマ  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

術式 : [ \_\_\_\_\_ ]

手術日 : [ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ]



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

(2) ストマにおける排便処理の状態

長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

有 (理由)  
軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)  
ストマの変形  
不適切な造設箇所

無

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

放射線障害  
疾患名 : [ \_\_\_\_\_ ]  
その他  
疾患名 : [ \_\_\_\_\_ ]

(2) 瘻孔の数 : [ \_\_\_\_\_ 個 ]

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

大部分

一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

その他

[ \_\_\_\_\_ ]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害	
<p>(1) 原因</p> <p>先天性疾患に起因する神経障害</p> <p>[ _____ ]</p> <p style="text-align: center;">(例：二分脊椎 等)</p> <p>その他</p> <p>先天性鎖肛に対する肛門形成術</p> <p>手術日：[ ____年 ____月 ____日 ]</p> <p>小腸肛門吻合術</p> <p>手術日：[ ____年 ____月 ____日 ]</p>	<p>(2) 排便機能障害の状態・対応</p> <p>完全便失禁</p> <p>軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある</p> <p>週に2回以上の定期的な用手摘便が必要</p> <p>その他</p> <p>[ _____ ]</p>

### 3 障害程度の等級

#### (1級に該当する障害)

腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの

腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの

尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

#### (3級に該当する障害)

腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの

腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

#### (4級に該当する障害)

腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの

治癒困難な腸瘻があるもの

高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの



3 栄養維持の方法(該当項目に をすること。)

中心静脈栄養法：

- ・開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・カテーテル留置部位 \_\_\_\_\_
- ・装具の種類 \_\_\_\_\_
- ・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に \_\_\_\_\_ 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的 ・ 間 歇 的)
- ・熱量 (1日当たり \_\_\_\_\_ Kcal)

経腸栄養法：

- ・開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・カテーテル留置部位 \_\_\_\_\_
- ・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に \_\_\_\_\_ 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的 ・ 間 歇 的)
- ・熱量 (1日当たり \_\_\_\_\_ Kcal)

経口摂取：

- ・摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残さ食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状：(下痢、軟便、正常)、 排便回数(1日 \_\_\_\_\_ 回)

5 検査所見(測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

赤血球数	/mm <sup>3</sup> 、	血色素量	g/dl
血清総蛋白濃度	g/dl、	血清アルブミン濃度	g/dl
血清総コレステロール濃度	mg/dl、	中性脂肪	mg/dl
血清ナトリウム濃度	mEq/l、	血清カリウム濃度	mEq/l
血清クロール濃度	mEq/l、	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	mEq/l、		

注 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。



- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については、再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見(13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

(2)については、いずれか1つの検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性、陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性、陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため 介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
------------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数( /  $\mu$ l )

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	( / $\mu$ l )	/ $\mu$ l
年 月 日	( / $\mu$ l )	

注5 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄には、その平均値を記載すること。

4 検査所見、日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検 査 日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/ $\mu$ l	/ $\mu$ l

検 査 日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g / dl	g / dl

検 査 日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/ $\mu$ l	/ $\mu$ l

検 査 日	年 月 日	年 月 日
HIV RNA量	copy / ml	copy / ml

注6 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数 [                      個 ] . . . . .
---

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を      で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
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が月に7日以上ある	有 ・ 無
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有 ・ 無
月に7日以上 of 不定の発熱(38 以上)が2か月以上続く	有 ・ 無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に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
「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある	有 ・ 無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有 ・ 無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有 ・ 無
日常生活活動制限の数 [                      個 ] . . . . .	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には、「有」を      で囲んだ合計数を記載する。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
--------------------------	-----------

CD4陽性Tリンパ球数の平均値( / $\mu$ l)	/ $\mu$ l
検査所見の該当数( )	個
日常生活活動制限の該当数( )	個

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見(13歳未満用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性、陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性、陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg / dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数( )	/ $\mu$ l
CD4陽性Tリンパ球数( )	/ $\mu$ l
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([ ])/([ ])	%

CD8陽性Tリンパ球数( )	/ μl
CD4 / CD8比( [ ] ) / ( [ ] )	

## 2 障害の状況

### (1) 免疫学的分類

検査日	年月日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	/ μl	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)のイの(イ)による程度を で囲むこと。

### (2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を で囲むこと。

#### ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

注5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

#### イ 中等度の症状

臨床症状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症(<1,000 / μl)	有 ・ 無
30日以上続く貧血(<Hb 8g / dl)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症(<100,000 / μl)	有 ・ 無
1か月以上続く発熱	有 ・ 無

反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有 ・ 無
生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1年以内に2回以上)	有 ・ 無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
HIV腎症	有 ・ 無
臨床症状の数 [                      個 ] . . . . .	

注6 「臨床症状の数」の欄には、「有」を で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無



反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数 [                      個 ] · · · · ·	

注7 「臨床症状の数」の欄には、「有」を      で囲んだ合計数を記載すること。

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 日		年 月 日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ ・		なし・ ・	
腹水	なし・軽度 中程度以上		なし・軽度 中程度以上	
	概ね		概ね	
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 ・ 7 ~ 9 点 ・ 10 点以上	5 ~ 6 ・ 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日以内の間隔を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分類による点数

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度( ・ )	昏睡( 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

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。

4 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概ね1l以上を軽度と、3l以上を中程度以上とするが、小児等で体重が概ね40kg以下のものについては、薬剤コントロールが可能なものを軽度と、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。

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ものは、記載を省略することができる。

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	・ x	・ x
改善の可能性のある積極的治療を実施	・ x	・ x

注6 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ものは、記載を省略することができる。

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	有 ・ 無
	検査日	年 月 日
	血中アンモニア濃度150 μg / dl以上	有 ・ 無
	検査日	年 月 日
	血小板数50,000 / mm <sup>3</sup> 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
	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

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

注7 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ものは、記載を省略することができる。



<http://www.pref.saga.lg.jp/>