

障 害 の 状 態

⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症)

〔糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑫)の欄にも必要事項を記入してください。〕

1 臨床所見
 (1)自覚症状 (2)他覚所見
 全身倦怠感 (無・有・著) 肝萎縮 (無・有・著)
 発熱 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著)
 食欲不振 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著)
 悪心・嘔吐 (無・有・著) 腹水 (無・有・
 皮膚そう痒感 (無・有・著) 有(難治性))
 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著)
 黒色便 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (無・有・著)
 肝性脳症 (無・有(度))
 出血傾向 (無・有・著)

2 Child-Pughによるgrade
 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)
 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)
 (3)治療歴 無・有 (回)

5 ヘパトーマ治療歴 無・有
 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回
 ・放射線療法 回 ・化学療法 回

6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴
 所見

7 診断時の治療の内容
 (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
 具体的内容

(3)検査成績 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値	・	・	・
AST(GOT)					
ALT(GPT)					
γ-GTP					
血清総ビリルビン mg/dℓ					
アルカリホスファターゼ*					
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 ⁴ /μℓ					
プロロンビン 時間	%				
	延長秒				
	INR				
総コレステロール mg/dℓ					
血中アンモニア					
AFP					
PIVKA-II					
アルコール性 肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	
	継続して必要な治療を実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	

8 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)

⑭ 糖 尿 病 (平成 年 月 日現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患(⑫)の欄に必要事項を記入してください。)

1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。)
 (1)1型糖尿病 (2)2型糖尿病
 (3)その他の型 (病名)

3 治療状況
 (1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による
 (3)インスリンによる (・単位/日 回/日)

2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値	・	・	・
HbA1c (%)					
空腹時血糖値 (mg/dℓ)					

4 合併症
 (1)眼合併症 (平成 年 月 日)
 裸眼 矯正
 ア 視 力 (右) _____
 (左) _____
 イ 眼底所見
 (2)神経障害 (症状・検査所見)

⑮ その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症)

(自覚症状・他覚所見・検査成績等)

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)

⑰ 予 後 (必ず記入してください)

⑱ 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 印

(P)