

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十二年四月一日

広島県知事 湯 崎 英 彦

広島県規則第三十六号

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

身体障害者福祉法施行細則（昭和三十四年広島県規則第五十九号）の一部を次のように改正する。

第五条中「及び別記様式第三号の十三」を「別記様式第三号の十三及び別記様式第三号の十四」に改める。

別記様式第三号の十四及び別記様式第三号の十五を次のように改める。

様式第3号の14 (第5条関係)

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
肝性脳症	状態	点数	状態	点数
	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	0 概ね	なし・軽度 中程度以上	0 概ね
	g/dℓ			
血清アルブミン値	%		%	
プロトロンビン時間	mg/dℓ		mg/dℓ	
血清総ビリルビン値	%		%	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (血清アルブミン値, プロトロンビン時間, 血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔を置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)	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、犬山シンボジウム (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 積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

3 肝臓移植

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

注5 肝臓移植を行った者であつて、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		有	無
	検査日	年 月 日		
	血中アミノニア濃度150μg/dℓ以上		有	無
	検査日	年 月 日		
	血小板数50,000/mm ³ 以下		有	無
	検査日	年 月 日		
	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			
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	
日常生活活動の制限				
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 1 該当のものを○で囲むこと。
2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

様式第3号の15 削除

別記様式第七号を次のように改める。

市町受付日 (受付印)	厚生環境事務所受付日 (受付印)

身体障害者手帳再交付申請書

広島県知事 様

平成 年 月 日

私は身体障害者手帳の交付を受けていますが、次の理由により関係書類を添えて、再交付申請をします。

- 1 障害程度が変化した。
- 2 新たな障害が生じた。
- 3 亡失した。
- 4 き損し使用に耐えない。

フリガナ
氏 名

1 男
2 女

(印)

1 明治	年	月	日生
2 大正			
3 昭和			
4 平成			

写 真

(規格：縦4cm・横3cmの脱帽上半身)

(写真の裏面に氏名及び撮影年月日を記入すること)

居住地

市	町	番	丁目	号	番地
---	---	---	----	---	----

※市町・大字

--	--	--	--	--	--

15歳未満の児童	
フリガナ	1 男
氏 名	2 女
生年月日	4 平成 年 月 日生

(旧手帳確認)

旧手帳番号	県第 号	交付年月日	3 昭和 年 月 日	4 平成 年 月 日
-------	------	-------	------------	------------

障害名

障害の程度	級	種	事務担当者氏名
-------	---	---	---------

(印)

(備考)

- 1 身体に障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合には、氏名、性別及び生年月日を「15歳未満の児童」欄に記入すること。
- 2 ※印欄は、厚生環境事務所において記入すること。
- 3 居住地又は氏名を変更している場合は、身体障害者居住地氏名変更届を必ず添付すること。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

同意書

身体障害者手帳を交付するために必要な場合は、次の事項に関して私の個人情報を取り扱うことに同意します。

- 医療機関等関係機関に対する診断内容等の照会

(印)

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記様式第七号によって行っている申請は、改正後の別記様式第七号によって行った申請とみなす。