

身体障害者診断書・意見書 （聴覚、平衡機能、音声、言語又はそしゃく機能障害用）

総括表

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--|----|---|----|---|-------|---|------|---|
| 氏名 | 年 月 日生 () 歳 | 男 女 | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | |
| ① 障害名（部位を明記） | | | | | | | | | | |
| ② 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 () | | | | | | | | |
| ③ 疾病、外傷発生年月日 | | 年 月 日・場所 | | | | | | | | |
| ④ 参考となる経過及び現症（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 | | | | | | | | |
| ⑤ 総合所見 | | | | | | | | | | |
| | | 〔軽減化による再認定 要 ・ 不要〕 〔再認定の時期 年 月〕 | | | | | | | | |
| ⑥ その他参考となる合併症状 | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 電 話 ()</p> <p>所 在 地</p> <p style="text-align: center;">診療担当科名 科 医師氏名</p> | | | | | | | | | | |
| <p>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のこと。）</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>聴覚</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>平衡</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>音声・言語</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>そしゃく</td> <td>級</td> </tr> </table> <p>・該当する () 級相当</p> <p>・該当しない ※音声・言語、そしゃく機能障害は指数の合算をしない。</p> <p>※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記載してください。</p> | | | 聴覚 | 級 | 平衡 | 級 | 音声・言語 | 級 | そしゃく | 級 |
| 聴覚 | 級 | | | | | | | | | |
| 平衡 | 級 | | | | | | | | | |
| 音声・言語 | 級 | | | | | | | | | |
| そしゃく | 級 | | | | | | | | | |
| <p>注 1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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。</p> <p>2 総合所見には、将来の再認定の必要性、必要な場合はその理由（障害が重度化する可能性があるのか、軽減する可能性があるのか）及び再認定を行うべき時期を必ず記入してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記述についてお問い合わせする場合があります。</p> <p>4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記載のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記載してください。</p> | | | | | | | | | | |

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

[はじめに] (認定要領を参照のこと。)

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、それぞれの「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声・言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合においては、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。)

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 | d B |
| 左 | d B |

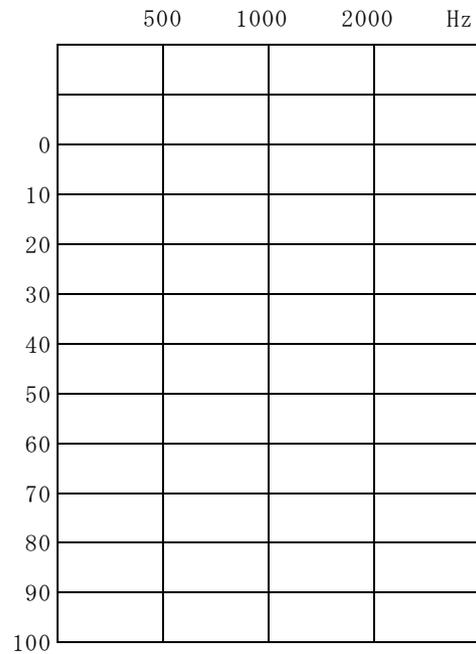
(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記入する。)

ア 純音による検査

オージオメータの型式 _____

(2) 障害の種類

| |
|-------|
| 伝音性難聴 |
| 感音性難聴 |
| 混合性難聴 |

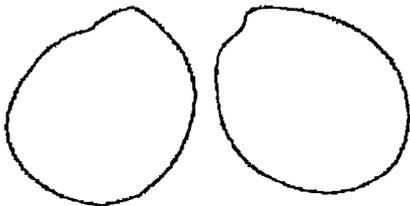


dB

イ 語音による検査

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



| | |
|---|---|
| 右 | % |
| 左 | % |

※ 検査結果の写しを添付すること。

(5) 身体障害者手帳(聴覚障害)所持状況 有()級・無

注1 2級と診断する場合、記載すること。

注2 聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2級を診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はこれに相当する検査を実施し、検査結果(実施した検査方法及び検査所見)を記録し、記録データのコピー等を添付すること。

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

(1) 平衡失調の状況

下の該当する□に☑を入れ、()内に必要事項を記載すること。

- 末梢性 中枢性 その他 ()

(2) 所見

ア 閉眼で起立 (可・不可)

イ 開眼で直線歩行10m (可・不可)

ウ 閉眼で直線歩行10m (可・不可)

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

(1) 発声の状況

(2) 意思疎通の程度

下の該当する□に☑を記載すること。

- 発声はあるが、ほとんど肉親との会話の用をなさない。
 肉親との会話は可能であるが、他人には通じない(診断の際応答が不能である。)
 日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害の状況

下の該当する□に☑を入れ、()内に必要事項を記載すること。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるそしゃく機能障害
 延髄機能障害(仮性球麻痺及び血管障害を含む。)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)、咽頭又は喉頭の欠損等によるもの
 口唇、口蓋等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
 その他

[]

(2) 障害の程度

下の「該当する障害」の□に☑を入れ、さらにア・イそれぞれにテスト結果を記載すること。

- 「該当する障害」
- そしゃく・嚥下機能に障害がある場合
→ 「ア そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。
 - 口唇、口蓋等の先天異常の後遺症による咬合障害がある場合
→ 「イ 咬合異常によるそしゃく機能の障害の程度」に記載すること。

ア そしゃく・嚥下機能の障害の程度

下の該当する□に☑を入れ、()内に必要事項を記載すること。

- 経口摂取ができないため、経管栄養を用いている(そしゃく機能の喪失3級)。
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している(そしゃく機能の著しい障害4級)。
- 開口できないため又は誤嚥の危険が大きいため摂取できる食物の内容又は摂取方法等に著しい制限がある(そしゃく機能の著しい障害4級)。
- その他

イ 咬合異常によるそしゃく機能の障害の程度

- 口唇、口蓋等の先天異常の後遺症による著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする(そしゃく機能障害4級)。
- その他

※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」(別紙)を添付してください。

[記入上の注意]

- (1) 聴力障害の認定に当たっては、J I S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、1000及び2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b及びcとした場合 $\frac{a + 2b + c}{4}$ の算式により算定し、a、b及びcのいずれか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」(別紙)の提出を求めるものとする。
- (3) 小腸機能障害を併せもつ場合については、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。

(別紙)

歯科医師による診断書・意見書

| | | | |
|--|----------------------|--------|-----|
| 氏名 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 月 日生 | 男・女 |
| 住所 | | | |
| 現症 | | | |
| 原因疾患名 | | | |
| 治療経過 | | | |
| 今後必要とする治療内容 (1) 歯科矯正治療の要否 (2) 口腔外科的 ^{くわう} 手術の要否 (3) 治療完了までの見込み 向後 年 月 | | | |
| 現症をもとに上記のとおり申し述べます。併せて以下の意見を付します。 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。 ・該当しない。 年 月 日 病院又は診療所 の名称、所在地 標榜診療科名 歯科医師名 | | | |