

## 5 診断書様式（第2号様式）

### 身体障害者診断書・意見書

（聴覚又は平衡機能障害用）

（音声・言語又はそしゃく機能障害用）

総括表

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                          |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|-------|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                | 明治・大正<br>昭和・平成<br>令和 | 年 月 日生（ ）歳                               | 男・女   |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                          |       |
| ① 障害名<br>(部位も明記)                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                          |       |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名                                                                                                                                                                                                                                 |                      | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災<br>自然災害、疾病、先天性、その他（ ） |       |
| ③ 疾病・外傷発生日                                                                                                                                                                                                                                         |                      | 年 月 日                                    | 場所    |
| ④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含みます。）                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                          |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | 障害固定又は障害確定（推定）                           | 年 月 日 |
| ⑤ 総合所見                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                          |       |
| 【将来再認定 要（軽減化・重度化）・不要】（再認定時期 年 月）                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                          |       |
| ⑥ その他参考となる合併症状                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                          |       |
| 上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                          |       |
| 年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>診療担当科名 科 15条指定医師氏名                                                                                                                                                                                                 |                      |                                          |       |
| 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】<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する（ 級相当）<br>・該当しない                                                                                                                                                        |                      |                                          |       |
| 備考 1 「① 障害名」欄には、病名ではなく現在起こっている障害、例えば聴覚障害、言語機能障害、平衡機能障害等を記入してください。<br>2 「②原因となった疾病・外傷名」欄には、先天性難聴、脳梗塞（こうそく）（失語症）等原因となった基礎疾患名を記入してください。<br>3 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。<br>4 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。 |                      |                                          |       |

【はじめに】 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✓を入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載します。

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ついては、各々について障害認定することは可能ですが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意してください（各々の障害の合計指数をもって等級決定することはありません）。

- ☐ 聴 覚 障 害 → 『1「聴覚障害」の状態及び所見』に記載します。  
☐ 平 衡 機 能 障 害 → 『2「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載します。  
☐ 音 声 ・ 言 語 機 能 障 害 → 『3「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載します。  
☐ そ しゃ く 機 能 障 害 → 『4「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載します。

## 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）

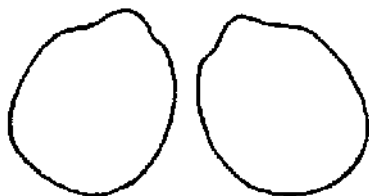
|   |     |
|---|-----|
| 右 | d B |
| 左 | d B |

(2) 障害の種類

|           |
|-----------|
| 伝 音 性 難 聴 |
| 感 音 性 難 聴 |
| 混 合 性 難 聴 |

(3) 鼓膜の状況

(右) (左)



(4) 聴力検査の結果

（ア又はイのいずれかを記入してください。）

ア 純音による検査

オーディオメータの型式 \_\_\_\_\_

d B                      500                      1000                      2000                      Hz

|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 0   |  |  |  |  |
| 10  |  |  |  |  |
| 20  |  |  |  |  |
| 30  |  |  |  |  |
| 40  |  |  |  |  |
| 50  |  |  |  |  |
| 60  |  |  |  |  |
| 70  |  |  |  |  |
| 80  |  |  |  |  |
| 90  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |
| 120 |  |  |  |  |

イ 語音による検査

(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況

有 ・ 無

語音明瞭度

|   |   |
|---|---|
| 右 | % |
| 左 | % |

（注1）2級と診断する場合、記載すること。

（注2）聴覚障害の身体障害者手帳をお持ちでない方に対し、2級と診断する場合には、ABRなどの他覚的聴覚検査またはそれに相当する検査を実施し、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を⑤総合所見に記載し、記録データのコピー等を添付してください。（平成27年4月改正）

（注3）オーディオメータによる検査ができない場合、他覚的聴覚検査またはそれに相当する検査を実施し、記録データのコピー等を添付してください。

## 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

(1) 家庭における家族又は肉親との言語による会話の状況

(2) 家庭周辺における家族以外の者との言語による会話の状況

#### 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 √ を入れ、さらに①又は②の該当する□に √ 又は ( ) 内に必要事項を記述してください。

|          |   |                                                                                                                                                                           |
|----------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 「該当する障害」 | { | <div><input type="checkbox"/> そしゃく・嚥下機能の障害<br/>→ 「①そしゃく・嚥下機能の障害」に記載してください。</div> <div><input type="checkbox"/> 咬合異常によるそしゃく機能の障害<br/>→ 「②咬合異常によるそしゃく機能の障害」に記載してください。</div> |
|----------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

##### ①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摂取ができないため、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：挙上運動、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してください。）
- ( )

###### 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してください。）

[ ]

②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します。）

[ ]

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します。）

[ ]

（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 √ を入れてください。）

① 「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・嚥下機能の障害です。  
具体的な例は次のとおりです。

- ☐ 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

② 「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です。

具体的な例は次のとおりです。

- ☐ 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 規格によるオーディオメータで測定してください。dB 値は、周波数 500、1000、2000Hz において測定した値をそれぞれ a、b、c とした場合  $(a + 2b + c) / 4$  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 として当該算式に計上し、聴力レベルを算定してください。
- （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）の提出を求めるものとします。
- （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す。