

5 診断書様式（第2号様式）

身体障害者診断書・意見書

（ 聴覚障害 ） （ 平衡機能障害用 ）

総括表

（ 音声・言語又はそしゃく機能障害用 ）

氏 名	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生（ ）歳	男・女
住 所			
①障害名 (部位も明記)			
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・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			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名		科 15条指定医師氏名	
印			
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			
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。			
2 「②原因となった疾病・外傷名」欄には、先天性難聴、脳梗塞（失語症）等原因となった基礎疾患名を記入してください。			
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。			
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。			

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】 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

(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

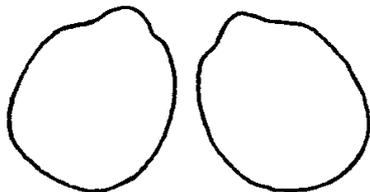
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				
120				

(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)



イ 語音による検査

右	%
左	%

(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況

有・無

（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）

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」
- そしゃく・嚥下機能の障害  
→ 「①そしゃく・嚥下機能の障害」に記載してください。
  - 咬合異常によるそしゃく機能の障害  
→ 「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。

##### 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規格によるオージ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。

(第12号様式)

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る。併せて以下の意見を付す。 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 科 歯科医師名 印			

