第６号様式

**聴覚・平衡**

**音声・言語**

**そしゃく**

**身体障害者診断書・意見書（　　　　　　障害用）**

総括表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  氏　名 | 年　　月　　日生（　　　）歳 | 男・女 |
|  住　所　船橋市 |
|  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（ 　　　）※上記のいずれかを必ず選択してください |
|  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む。） 障害固定又は障害確定（推定）　　　年　　月　　日※診断日以前の日付をご記入ください |
|  ⑤ 総合所見〔将来再認定：　要 ・ 不要 〕　要の場合再認定の理由（重度化・軽度化）再認定の時期（　　　年　　月）※診断日から１年以上５年以内の期間でご記入ください |
|  ⑥ その他参考となる合併症状 |
|  上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 　　　　年　　月　　日  |
| 　 | 病院又は診療所の名称所　 　 　在　　　 地担当診療科名　　 　科　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〕 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 |
| 注 | １　障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、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。２　「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。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、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師の診断を受けてください |

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印を入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　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しない。)。　　 □聴 覚 障 害 → 「１ 「聴覚障害」の状態及び所見」に記載すること。 □平 衡 機 能 障 害 → 「２ 「平衡機能障害」の状態及び所見」に記載すること。 □音声・言語機能障害 → 「３ 「音声・言語機能障害」の状態及び所見」に記載すること。 □そしゃく機能障害 → 「４ 「そしゃく機能障害」の状態及び所見」に記載すること。　**１　「聴覚障害」の状態及び所見**(１)　聴力（会話音域の平均　　　（４）聴力検査の結果（ア又はイのいずれか聴力レベル）　　　　　　　　　　を記載する。） |
| **１　「聴覚障害」の状態及び所見**(１)　聴力（会話音域の平均　　　　　　（４）聴力検査の結果（ア又はイのいずれか聴力レベル）　　　　　　　　　　　　　を記載する。） |
|  | 　右　　　　　　ｄＢ　 | 　　　　　　　　 | ア　純音による検査　　　　　オージオメータの型式　　　　　 |
| 　左　　　　　　ｄＢ　 |
| 注１　100dBの音が聴取 |
| 　　　できない場合は、当該 | 　　　　　　500　　 1000　　　2000　　　Hz |
|  | dB値を105dBとして計算すること。注２　小数点第二位を四捨五入 | 01020304050607080　　90100 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (２)　障害の種類 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3330　 (３)　鼓膜の状態（右）　 （左）（５）身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況　　　有　・　無　　　　（注）２級と診断する場合記載すること。 | ｄＢ右…○　左…×　　 骨導域値を【　】で記入イ　語音による検査　語音明りょう度

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

 |
|  |  　**２ 「平衡機能障害」の状態及び所見**　（該当する□に印を入れること。）　　（１）平衡機能の状況□　末梢性迷路性平衡失調　□　後迷路性及び小脳性平衡失調□　外傷又は薬物による平衡失調□　中枢性平衡失調□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　 （２）障害の程度　　　　□　閉眼にて起立不能又は開眼で直線を歩行中１０ｍ以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を 　　　　　中断せざるを得ないもの　（３級）　　　　□　閉眼で直線を歩行中１０ｍ以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの（５級）**３　「音声・言語機能障害」の状態及び所見**　（１）発声の状況　（２）意思疎通の状況　（該当する□に印を入れること。）□　家庭において、家族との会話の用をなさない。（日常会話は誰が聞いても理解不能）　（３級）□　家族との会話は可能であるが、家庭周辺において他人には殆ど用をなさない。　（４級）□　日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。　（非該当）　**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 　 　　　「該当する障害」の□に印を入れること。更に①又は②の該当する□に印を入れて（　　）内に必要事項を記述すること。 　　　　　　　 　　 □ そしゃく・下機能の障害 　　　 **「該当する障害」** → 「① そしゃく・下機能の障害」に記載すること。 　　　 　　　　 □ 合異常によるそしゃく機能の障害 　　　 　 → 「② 合異常によるそしゃく機能の障害」に記載すること。 　　　 ① そしゃく・下機能の障害　　　　　　a　障害の原因□ 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、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（関節を含む。）、口（舌、口唇、口、、そしゃく筋等）、 　　　　　　　頭、頭の欠損等によるもの |  |
| 　 　　 b　障害の程度 　　　　　 □　　経口により食物等の摂取ができないため、経管栄養を行っている。　（３級） 　　　　　 □　　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。　（４級） □　　経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤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。　（４級） □ その他 ｃ　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：運動能力、不随意運動の有無、反射異常又は病的反射・ 舌 ：形状、運動能力、反射異常・ 軟口：挙上運動、反射異常・ 声 帯：内外転運動、梨状の液貯溜 |

 ○ 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すること。） イ　下状態の観察と検査 |
|
|  |  〈参考１〉 各器官の観察点 ・ 口内保持の状態 ・ 口から頭への送り込みの状態 ・ 頭挙上と頭内の閉鎖の状態 ・ 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、下状態について詳細に記載 　　　　　　　　すること。） |
|  　　　 ② 合異常によるそしゃく機能の障害 　　　 a 障害の程度 　　　　　 □ 著しい合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。　（４級）* その他
 |
|  | ｂ　参考となる検査所見（合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果） 　　　　　　　ア　合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位合の状態を観察する。） 　　　　　　　イ　そしゃく機能（口唇・口裂では、上下の合関係や形態異常等を観察する。）　　（２） その他（今後の見込み等）　**[ 記入上の注意 ]** 　(１)　聴力障害の認定に当たっては、ＪＩＳ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 ５００，１０００，２０００Ｈｚにおいて測定した値をそれぞれ ａ，ｂ，ｃ とした場合、 　　　　　　　 ａ＋２ｂ＋ｃ４の算式により算定し、ａ，ｂ，ｃのうちいずれか一つ又は二つにおいて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」(別様 　　 式）の提出を求めるものとすること。 　(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 | 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歯科医師名  |