

聴

国民年金
厚生年金保険

診 断 書

(聴覚・鼻腔機能・平衡機能
そして・嚥下機能
音声又は言語機能 の障害用)

(フリガナ) 氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住 所		住所地の郵便番号	都道府県 市区		
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 (年 月 日)	
		③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 (年 月 日)	
④ 傷病の原因 又は誘因		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症	
初診年月日(昭和・平成 年 月 日)					
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含 む。)かどうか。		傷病が治っている場合 治った日 平成 年 月 日 確認			
		傷病が治っていない場合 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明			
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内 容、期間、経過、そ の他参考となる事項		診療回数		年間 回、月平均 回	
		手術歴		喉頭全摘・その他の手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)	
⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 現症)					
(1) 聴 覚 の 障 害		オージオグラム			
聴 力 レ ベ ル		-10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110			
右 dB 左 dB		250 500 1000 2000 4000 Hz			
最 良 語 音 明 瞭 度		語音明瞭度曲線			
右 % 左 %		100 % 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0			
		10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 dB			
所 見 [聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。]					
(2) 鼻 腔 機 能 の 障 害		(3) 平 衡 機 能 の 障 害		(4) そ し ゃ く ・ 嚥 下 機 能 の 障 害	
ア 鼻 軟 骨 の 欠 損		ア 閉眼での起立・立位保持の状態		ア 機 能 障 害	
1 一部分		1 可能である。			
2 大部分		2 不安定である。		イ 栄 養 状 態	
3 全部		3 不可能である。		1 良 2 中 3 不良	
イ 鼻呼吸障害の有無		イ 開眼での直線10m歩行の状態		ウ 食 事 内 容	
1 無		1 まっすぐ歩き通す。		1 食事内容に制限がない。	
2 有		2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、 どうにか歩き通す。		2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下 機能が十分でないため食事が制限される。	
		3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断 せざるを得ない。		3 全粥、軟菜以外は摂取できない。	
		ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見		4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができない ためにゾンデ栄養の併用が必要である。	
				5 流動食以外は摂取できない。	
				6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。	
				7 経口的に食物を摂取することができない。	
				8 その他()	

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

(5) 音声又は言語機能の障害	
ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）	
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。 2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。 3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。 4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。	
イ 発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）	
I 4種の語音（該当するもの1つを○で囲んでください。）	
II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）	
口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 軟口蓋音（か行音、が行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）	
I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するもの1つを○で囲んでください。）	
II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）	
単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 長文の発話（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 単語の理解（例：単語の呼称と同じ） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 短文の理解（例：短文の発話と同じ） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 長文の理解（例：長文の発話と同じ） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印