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・平成令和 | 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** 　　　　　　　　　　交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災  　**疾病・外傷名** 　 　　　　　　　　　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AEA（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しません）。

　　□　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）　（４）聴力検査の結果

|  |  |
| --- | --- |
|  | 右　　　　　　　ｄＢ |
|  | 左　　　　　　　ｄＢ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　オージオメータの型式 U　　　　　　　　U

|  |
| --- |
| ｄＢ 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

|  |  |
| --- | --- |
| 語音明瞭度 | 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。

　　　　　　　　　　　　　□　そしゃく・嚥下機能の障害

　　　「該当する障害」　　　　→「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・平成令和 | 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 |