

## 身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡機能・音声・言語機能又はそしゃく機能障害用)

## 総括表

|                                                                                                                                                                                                                |                                           |       |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|-----|
| 氏名                                                                                                                                                                                                             | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和                      | 年 月 日 | 男 女 |
| 住所                                                                                                                                                                                                             |                                           |       |     |
| ① 障害名(部位を明記)                                                                                                                                                                                                   |                                           |       |     |
| 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・外傷発生年月日                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日                                     | 場所    |     |
| ④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)                                                                                                                                                                                  |                                           |       |     |
| 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・不要 ]<br>[ 再認定の時期 年 月 ]                                                                                                                                                                               |                                           |       |     |
| ⑥ その他参考となる合併症状                                                                                                                                                                                                 |                                           |       |     |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。                                                                                                                                                                                        |                                           |       |     |
| 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 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                                                                                                                                             |                                           |       |     |
| ・該当する ( 級相当)<br>・該当しない                                                                                                                                                                                         |                                           |       |     |
| 注 意                                                                                                                                                                                                            |                                           |       |     |
| 1 障害名には現在起こっている障害、例えば聴覚障害(両側内耳性難聴)、両耳ろう、平衡機能障害(中枢性平衡失調)、音声機能障害(無咽頭)、言語機能障害(運動障害性構音障害)、そしゃく機能障害(嚥下機能障害)等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、メニエール病、慢性中耳炎、咽頭腫瘍、小脳腫瘍、脳血管障害、進行性麻痺、中咽頭癌、食道閉鎖症、外傷性下顎複雑骨折、唇顎口蓋裂等原因となった疾患名を記入してください。 |                                           |       |     |
| 2 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次項以降の部分について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の状態及び所見

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(会話音域の平均聴力レベル)

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

(4) 聴力検査の結果(ア又はイのいずれかを記載する)

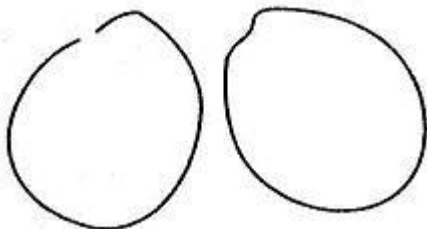
ア 純音による検査  
オージオメータの型式\_\_\_\_\_

(2) 障害の種類

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

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



|     |     |      |      |    |
|-----|-----|------|------|----|
|     | 500 | 1000 | 2000 | Hz |
|     |     |      |      |    |
| 0   |     |      |      |    |
| 10  |     |      |      |    |
| 20  |     |      |      |    |
| 30  |     |      |      |    |
| 40  |     |      |      |    |
| 50  |     |      |      |    |
| 60  |     |      |      |    |
| 70  |     |      |      |    |
| 80  |     |      |      |    |
| 90  |     |      |      |    |
| 100 |     |      |      |    |

dB

イ 語音による検査

- 1 単語による語音明瞭度  
(右 %左 %両耳 %)
- 2 話言葉による了解度

|    |          |     |     |
|----|----------|-----|-----|
|    |          | 右   | 左   |
| 大声 | 耳介に接して   | 了 非 | 了 非 |
| 話声 | //       | 了 非 | 了 非 |
| 話声 | 40cm 離れて | 了 非 | 了 非 |

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

閉眼起立(可・やや可・不)、開眼直線歩行10m(可・やや可・不)  
閉眼直線歩行10m(可・やや可・不)

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見  
発声（困難・不能）、発語（困難・不能）  
家族又は肉親との会話（可・やや可・不）、家庭以外における他人との会話（可・やや可・不）

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すること。

「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」に記載すること。  
 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」に記載すること。

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すること。）

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すること。）

[

]

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する。）

[

]

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する。）

[

]

(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✓を入れること。）

- 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・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 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をいう。

具体的な例は次のとおりである。）

- 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、J I S規格によるオーディ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、 $\frac{a+2b+c}{4}$ 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として当該算式を計上し、聴力レベルを算定すること。

- (2) 小腸機能障害を併せ持つ場合については、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。

# 歯科医師による診断書・意見書

## 総括表

|                                                                                                                                 |                      |        |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|-----|
| 氏名                                                                                                                              | 大正<br>昭和<br>平成<br>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<br>(1) 歯科矯正治療の要否<br><br>(2) 口腔外科的手術の要否<br><br>(3) 治療完了までの見込み<br><br>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。<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<br>・該当しない<br>年 月 日<br>病院又は診療所<br>の名称、所在地<br>標榜診療科名<br>歯科医師名 |                      |        |     |

※ この診断書・意見書は口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害での身体障害者手帳の交付を申請する場合に身体障害者診断書・意見書（そしゃく機能障害用）に添付してください。