

身体障害者診断書・意見書（

障害用）

総括表

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（部位を明記）			
原因となった		交通, 労災, その他の事故, 戦傷, 戦災	
② 疾病・外傷名		疾病, 先天性, 自然災害, その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日		昭和 平成 令和	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）昭和・平成・令和 年 月 日			
⑤ 総合所見		[将来再認定 要・不要] (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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 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] 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			
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、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 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。 3 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頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 4 診断書・意見書に記入した内容に修正がある場合は、二重線で取り消し、その上部等に正しい文言を記入してください。（訂正印は必要ありません。） 5 医師氏名は記名又は署名のどちらでもかまいません。また、医師の押印は必要ありません。			

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] (認定要領を参考のこと)

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

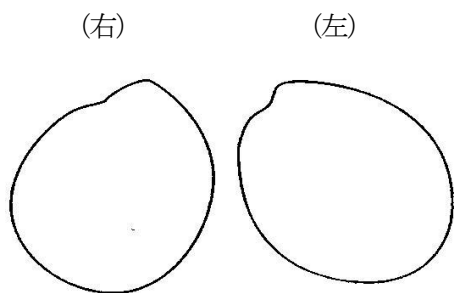
(1) 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

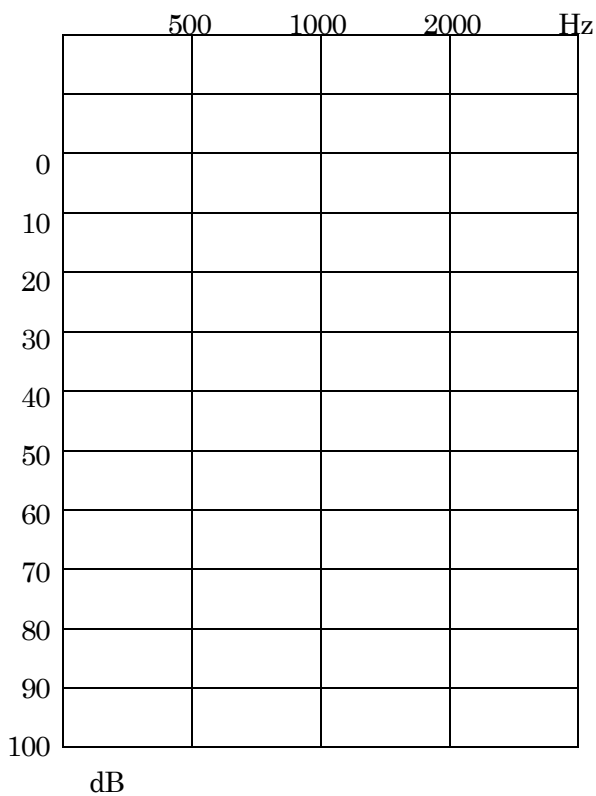
(3) 鼓膜の状態



(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

オーディオメータの型式 _____



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

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

有 ・ 無

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

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と（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

c 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

[]

d 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、JIS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, 2000 Hz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100 dBの音が

聴取できない場合は、当該dB値を105 dB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。

(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。

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 令和 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			

【 診断書作成の留意点（聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃく機能障害） 】

- 1 聴覚障害における聴力（会話音域の平均聴力レベル）は、**4分法**によって算定してください。
- 2 聴覚障害における聴力図には、**骨導値域を必ず記入**してください。ただし、正確な値が測れない場合はこの限りではありません。その場合は、「測定が困難である」旨の記入をお願いいたします。
- 3 音声・言語機能障害の認定に当たっては、**家族あるいは家族以外のものとのコミュニケーションの状況**が重要な判断要素となりますので、「音声・言語機能障害の状況及び所見」の欄に、コミュニケーションの状況等を具体的に記入してください。
- 4 聴覚障害2級と診断する場合、**身体障害者手帳（聴覚障害）の所持の有無**について記載してください。聴覚障害の身体障害者手帳をお持ちでない方に対して、2級（両耳全ろう）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（「遅延側音検査」「ロンバールテスト」「ステンゲルテスト」など）を実施してください。また、**診断書・意見書の「④参考となる経過・現症」欄に、実施した検査方法と検査所見を記載し、記録データのコピーを添付**してください。

医療機関において検査が実施できない場合には、他の医療機関で実施した検査データを添付しても構いません。（他の医療機関で検査を行う必要がある場合には、紹介状の作成など、必要な措置を取っていただくようお願いいたします。）

- 5 純音検査結果では6級相当であるが、**語音明瞭度検査の結果によっては4級に認定される可能性があると判断される場合は、語音明瞭度検査を実施し、検査結果を記入**してください。

医療機関において検査が実施できない場合には、他の医療機関で実施した検査データを添付しても構いません。（他の医療機関で検査を行う必要がある場合には、紹介状の作成など、必要な措置を取っていただくようお願いいたします。）

- * 以上の項目について未記入であった場合、作成した指定医師に返戻することになります。
- * 等級決定は提出された障害程度（聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見等）を検討して市長が行います。等級欄への等級の記入はあくまでも参考意見でありますのでご留意ください。