

指定医師が記入してください

様式第 6 号（第 8 条関係）

聴 覚 平 衡  
身体障害者診断書・意見書（音 声 言 語 障害用）  
そしやく機能

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（エックス線写真および検査所見を含む。）                                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |       |
| 障害固定または障害確定（推定） 年 月 日                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                           |       |
| ⑤ 総合所見                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                           |       |
| <div style="text-align: right;">           [ 障害程度の改善の見込み 無 ・ 有 ]<br/>           [ 時期： 年 月頃 ] ←         </div>                                                                                                                         |                      |                                           |       |
| 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。<br>年 月 日<br>病院または診療所の名称<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 1 5 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<br>・該当する（ 級相当）<br>・該当しない                                                                                                                                     |                      |                                           |       |
| 注 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢まひ、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、僧帽弁膜狭さく等原因となった疾患名を記入してください。<br>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、別に定める「歯科医師による診断書・意見書」を添付してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、滋賀県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。 |                      |                                           |       |

1 「聴覚障害」の状態および所見

- (1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）
- (4) 聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

|   |     |
|---|-----|
| 右 | d B |
| 左 | d B |

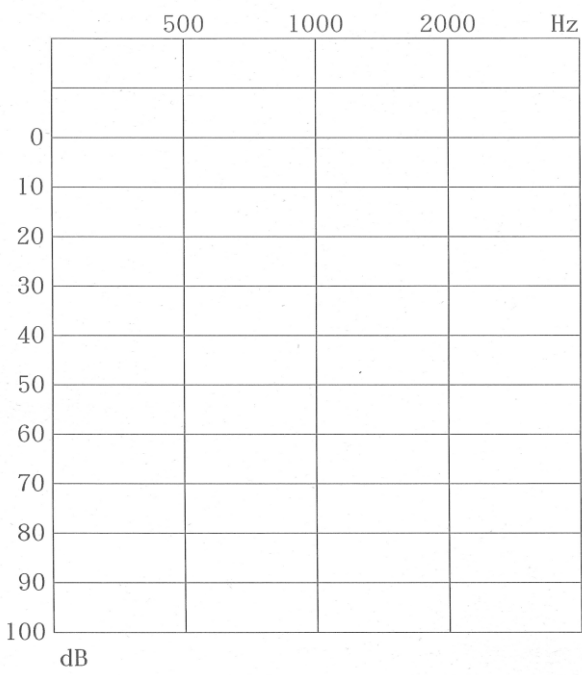
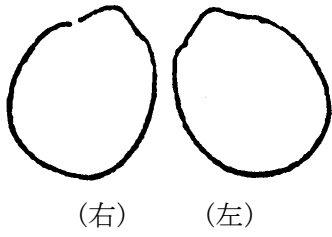
ア 純音による検査

オーディオメータの型式\_\_\_\_\_

- (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



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  
(2級と診断する場合、記載すること。)
- 有 ・ 無

2 「平衡機能障害」の状態および所見

3 「音声・言語機能障害」の状態および所見

- (1) 家族・肉親との意思疎通 (可能 ・ 不可能)
- (2) 家族・肉親以外の人との意思疎通 (可能 ・ 不可能)
- (3) 具体的な状況 言語を用いたコミュニケーションの状態、失語のタイプ

## 4 「そしゃく機能障害」の状態および所見

### (1) 障害の程度および検査所見

(下記のアまたはイを選択し、該当する項目に○をし、または( )内に必要事項を記載すること。)

#### ア そしゃく・嚥下機能の障害

##### (ア) 障害の程度

- a 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。
- b 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。
- c 経口摂取のみで栄養摂取が出来るが、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。
- d その他

##### (イ) 参考となる検査所見

###### a 各器官の一般的検査

(下記の〈参考1〉に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。)

#### 〈参考1〉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、梨状窩の唾液貯留

###### b 嚥下状態の観察と検査

###### (a) 観察・検査の方法

- ・エックス線検査 ( )
- ・内視鏡検査 ( )
- ・その他 ( )

###### (b) 所見

(下記の〈参考2〉と〈参考3〉の観察点から、嚥(えん)下状態について詳細に記載すること。)

#### 〈参考2〉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3〉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)

イ 咬合異常によるそしゃく機能の障害

(ア) 障害の程度

- a 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。
- b その他

[ ]

(イ) 参考となる検査所見（咬合異常の程度およびそしゃく機能の観察結果）

- a 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。）

[ ]

- b 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に○をすること。）

ア 「そしゃく機能の喪失」（3級）：経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害

- ・重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- ・延髄機能障害（仮性球まひ、血管障害を含む。）およ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）、咽喉頭、喉頭の欠損等によるもの

イ 「そしゃく機能の著しい障害」（4級）：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

- ・重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- ・延髄機能障害（仮性球まひ、血管障害を含む。）およ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）、咽喉頭、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) この診断書においては、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、その番号に○をして選択し、その障害に関する状態および所見を記載すること。  
なお、音声機能障害、言語機能障害およ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。）
- (2) 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、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または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。
- (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、別に定める「歯科医師による診断書・意見書」の提出を求めるものとする。
- (4) 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。