様式第１号（２）（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体障害者診断書・意見書  総括表 | 聴覚・平衡・音声・言語  又はそしゃく機能障害用 | |
| 氏　名 | 年　　　月　　　日生 | 男　・　女 |
| 住　所 | | |
| ①　障害名（部位を明記） | | |
| ②　原因となった 　　　　交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害  　疾病・外傷名 　　　　　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む。）    障害固定又は障害確定（推定）　　　　　年　　月　　日 | | |
| ⑤　総　合　所　見  　　　　 軽度化による将来再認定　　要　・　不要  　　　　 (再認定の時期 　　年 　月後) | | |
|
|
|
|
|
|
| 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  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　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原  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」  （別紙）を添付してください。  　　　３　障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につい  　　　　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障害の状態及び所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ［はじめに］  　この診断書については、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***レ***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） | | | | (４)　聴力検査の結果（ア、イ①又はイ②のいずれかを記載する。）  ア　純音による検査 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 右　　　　　　　　ｄＢ | |  |
|  | | | オージオメータの型式 | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  | 左　　　　　　　　ｄＢ | |  |  | | |  | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| (２)　障害の種類 | | |  |  | | 500　　　1000 | | | | | | | 2000　　Ｈｚ　Hz | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | 0 | |  |
|  | 伝　音　性　難　聴 | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | 10 | |  |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | 感　音　性　難　聴 | |  | 20 | |  |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | 30 | |  |
|  | 混　合　性　難　聴 | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | 40 | |  |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |
| (３)　鼓膜の状態  　　　　（右）　　　　　（左） | | |  | 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％ | | | | | | |  |
| ②話言葉による了解度  　（純音聴力検査ができない場合のみ） | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | | | | 右 | | | 左 | |  |
|  |  | 大声 | | | 耳介に接して | | | | 了　非 | | | 了　非 | |  |
|  |  | 話声 | | | 耳介に接して | | | | 了　非 | | | 了　非 | |  |
|  |  | 話声 | | | 40ｃｍ離れて | | | | 了　非 | | | 了　非 | |  |
| (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。  　　　２　「無」の者に対し、２級と診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又は　　 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）を記載する　　 こと。  　　　 ３　２の場合、記録データのコピー等を添付すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　「平衡機能障害」の状態及び所見（該当する□に***レ***を入れること。）  (１)　四肢体幹の器質的異常　　□有　□無  (２)　平衡機能の状況  □　末梢迷路性平衡失調  □　後迷路性及び小脳性平衡失調  □　外傷又は薬物による平衡失調  □　中枢性平衡失調  □　その他（　　　　　　　　　　　）  (３)　眼振等他の平衡機能検査結果  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (４)　障害の程度  □　閉眼にて起立不能又は開眼で直線を歩行中１０ｍ以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの  □　閉眼で直線を歩行中１０ｍ以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの  ３　「音声・言語機能障害」の状態及び所見  (１)　発声・言語の状況  (２)　意思疎通の状況　（該当する□に***レ***を入れること。）  □　家庭において、家族との会話の用をなさない（日常会話は誰が聞いても理解不能）。  □　家族との会話は可能であるが、家庭周辺において他人にはほとんど用をなさない。  □　日常の会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。  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（該当する障害の□に***レ***を入れ、必要事項を記述すること。）  　　□　そしゃく・えん下機能の障害→「①そしゃく・えん下機能の障害」に記載すること。  　　□　こう合異常によるそしゃく機能の障害→「②こう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・えん下機能の障害  　　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、誤えん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、反射異常又は病的反射  　　・　　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、梨状かの唾液貯留 | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ○所見（上記の枠内の観察点から、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ　えん下状態の観察と検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | （参考１）各器官の観察点  　　・口くう内保持の状態  　　・口くうから咽頭への送り込みの状態  　　・喉頭挙上と喉こう頭内くうの閉鎖の状態  　　・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えんに関する観察点  　　・摂取できる食物の内容（固形物、半固形物、流動食）  　　・誤えんの程度（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（上記の枠内の観察点から、えん下状態について詳細に記載すること。）  　②　こう合異常によるそしゃく機能の障害  　　ａ　障害の程度  　　　□　著しいこう合障害があり、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（こう合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果）  　　　ア　こう合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位こう合の状態を観察する。）  　　　イ　そしゃく機能（口唇・口蓋裂では、上下顎のこう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***レ***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・えん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（仮性球まひ、血管障害を含む。）及び末しょう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。）、口くう（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・えん下機能又はこう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（仮性球まひ、血管障害を含む。）及び末しょう神経障害によるもの  　　　□　外傷、腫瘍よう切除等による顎（顎関節を含む。）、口くう（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・口蓋がい裂等の先天異常の後遺症によるこう合異常によるもの |
| ［記入上の注意］  (１)　聴力障害の認定に当たっては、ＪＩＳ規格によるオージ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、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、聴力レベルを算定すること。  (２)　話言葉による了解度の認定は、何らかの理由により純音聴力検査ができない場合に適用されるものであるので、総括表の「④　参考となる経過・現症」欄等に純音聴力検査ができない理由を明確に記載すること。  (３)　歯科矯正治療等の適応の判断をする症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別紙）の提出を求めるものとすること。  (４)　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。 |

別紙

歯科医師による診断書・意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 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)　口くう外科的手術の要否  　(３)　治療完了までの見込み  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　後 | | | |
| 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  　　標ぼうしている診療科名　　　　　　　科　　　　　　歯科医師氏名　　　　　　　　印 | | | |