

福祉の手引き

2022年版

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会
新潟県地方部会

目次

1. 身体障害者手帳：聴覚障害	7
診断書記載例（留意事項）	9
① 6級1項 両側感音難聴	11
② 4級2項 語音明瞭度50%以下	13
③ 4級1項 混合性難聴	15
④ 2級 初回申請（ABR添付要）	17
⑤ 6級1項 先天性難聴（乳児）	19
2. 身体障害者手帳：平衡機能障害	21
⑥ 3級 小脳梗塞	22
3. 身体障害者手帳：音声・言語機能障害	25
⑦ 3級 喉頭全摘	27
⑧ 4級 構音障害（舌癌術後）	30
4. 身体障害者手帳：そしゃく機能障害	33
⑨ 3級 口腔底癌術後	35
⑩ 4級 多発性脳梗塞による嚥下障害	40
⑪ 4級 口蓋裂（歯科矯正治療予定）	45
5. 補装具費支給意見書	51
意見書記載例（留意事項）	54
① 高度難聴用耳掛け型イヤーマールド付き	55



② 聴覚障害4級2項 両耳装用	56
③ 耳あな型オーダーメイド	57
④ 前回交付から5年以内の申請	58
⑤ ワイヤレス補聴援助システム	59
⑥ 人工内耳用音声信号処理装置確認票	60
⑦ 補装具費支給券（適合判定）	61
6. 軽中等度難聴児補聴器購入費助成事業	62
意見書記載例	63
7. 障害年金	64
意見書記載例（留意事項）	68
8. 特別児童扶養手当	71
9. 特別障害者手当	75
10. 障害児福祉手当	77
11. 自立支援医療（更生医療・育成医療）	79
更生医療 意見書記載例	80
育成医療 意見書記載例	82
12. 参考法令等	83
13. 備考	85

はじめに

昭和59年10月、かなり大がかりな福祉関係の法律改正があり、新潟県地方部会福祉医療委員会としても、身体障害者福祉法第15条にもとづいて指定された医師のための手引書を作製することが、念願でありました。

最近福祉医療という言葉が盛んに聞かれるようになりました。しかし福祉医療は日常の診療とは縁のないものと感じられやすく、実際に殆どの症例が、既に障害が固定しており診療の必要のないために、臨床医として、これをないがしろにし易いのではないかと思います。身体障害者手帳の交付は、福祉医療の前提であり、したがって、障害を正確に診断し、その経過を観察し、手帳交付の条件である障害認定申請業務を遂行することは、我々臨床医の義務であると云えると思います。また身体障害者手帳は、身体障害者福祉法のみならず、他法においても、その準用が多くなって来ております。その適正なる診断書作成は福祉医療の第一歩であると思われます。

手引書としては、日常手許におくもので、あまり膨大なものになっては不便でありますので、記入要領については、是非必要なものをなるべく具体的に、それも簡かつ明にまとめてみました。

耳鼻咽喉科指定医師ならびに、これから指定医師になろうとする臨床医の方々の、座右の書になれば幸いです。今後必要に応じて補遺に努め、実情に即した内容にして行きたいと思います。なお厚生省社会局厚生課編集の「身体障害認定基準－解釈と運用」（中央法規出版）をもとに作成しました。くわしくはこの本をご覧ください。

平成元年11月

椎谷正男

改訂の序

身体障害者手帳の交付は、更生援護実施におけるもっとも基礎的な業務に当たり、社会的信頼性が求められています。

そしてその手帳交付には、身体障害者福祉法に基づき15条指定医の障害認定診断書が必要となります。

そこで平成元年に、診断書の作成を正確かつ迅速に行うため、当時の日耳鼻新潟県地方部会福祉医療委員長の椎谷先生が中心となり、耳鼻咽喉科関係の「福祉の手引書」が作製されました。

この手引書は、約17年間にわたり耳鼻咽喉科指定医の座右の書として利用されてきましたが、その間身体障害者認定基準に関する諸通知が改正され平成15年4月に適用されました。その結果そしゃく機能障害の認定基準、身体障害者診断書の様式が改正され、これに伴い「福祉の手引き」も改訂する必要性が生じたため、今回の改訂版発行となりました。

耳鼻咽喉科関係の身体障害者認定業務に携わる指定医の皆様にも前版同様ご利用いただければ幸いです。

なお本冊子は障害者福祉研究会監修「新訂身体障害者認定基準及び認定要領 解釈と運用」（中央法規出版）を基に作製しており、詳しくはこの本をご参照下さい。

最後に本手引きの刊行に当たってご尽力いただいた、地方部会福祉医療委員の佐藤 斎、藤崎俊之両先生に感謝します。

平成18年9月

日耳鼻新潟県地方部会福祉医療委員会

委員長 北条和博

2022年版 改訂の序

平成元年、身体障害者手帳交付のための障害認定診断書作成の手引書として「福祉の手引き」が椎谷正男先生を中心として発行されました。平成18年には、そしゃく機能障害の認定基準、身体障害診断書の様式改正に対応して、北條和博先生を中心に当時の地方部会福祉医療委員会の手により、本手引きも改訂されました。

前回の改定から16年経過し時代も令和に代わり、認定要件も一部変更されたため、本手引きも改訂しました。特に、身体障害に関する診断書だけでなく、軽中等度難聴児補聴器購入助成事業、障害年金、福祉手当や自立支援医療の意見書記載例も追加いたしました。補装具費支給意見書については、申請する補装具に対応させた記載例と留意事項を追加しました。

本改訂版を発行した2022年現在、県内26市町村で全国に先駆けて成人難聴者への補聴器購入費用助成が開始されています。市町村により年齢や聴力に関する助成基準や助成額が異なっているため、本助成の詳細に関しては各市町村へお問い合わせ頂ければと存じます。また、本助成のための意見書を求められた場合は、ぜひとも作成して頂くようお願いいたします。

最後に、本手引きの改訂に尽力頂いた地方部会福祉医療委員の泉 修司先生に感謝いたします。

2022年9月

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 新潟県地方部会

会 長 堀 井 新



1. 身体障害者手帳：聴覚障害

2級		両側	100dB以上	両耳全ろう
3級		両側	90dB以上	耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの
4級	1項	両側	80dB以上	耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの
	2項	両側	最良の語音明瞭度が50%以下	
6級	1項	両側	70dB以上	40cm以上の距離で発声された会話語を理解し得ないもの
	2項		片側50dB以上 かつ 対側90dB以上	

聴力レベルは4分法平均で算出

$$(500\text{Hz} + 1000\text{Hz} \times 2 + 2000\text{Hz}) \div 4$$

105dBルール適用

100dBで応答がない場合、105dB以上で応答があった場合は、いずれも105dBとして計算する。

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなければ記載できない。



聴覚障害認定に関する注意点

初回で2級を申請する場合

今まで聴覚障害の手帳を所持していなかった人が、初めての申請で2級を申請する場合、聴性脳幹反応（ABR）などの他覚的聴覚検査またはそれに相当する検査を行い、結果のコピーを添付する。

聴力距離測定による認定

聴力障害を表すにはオージオメータによる方法を主体とする。聴覚距離測定による認定は、何らかの理由により純音聴力検査ができない場合に適応されるものであり、理由を明確にした上で慎重に対処する必要がある。

乳幼児の認定

十分な聴力検査のできない乳幼児においては、ABR等の他覚的検査結果を記載することが望ましい。

乳幼児においては、将来再認定の必要性を有とし、原則として5歳で再認定を行う。

補聴器、人工内耳を装用している場合

装用していない状態での聴力をもって判定する。



◎ 診断書記載例(留意事項)

第3号様式

障害名を記入

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (聴覚 障害用)

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月 10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	

① 障害名 (部位を明記) **聴覚障害** ○をつける 及び所見あり

② 原因となった疾病・外傷名 **両側原因不明感音難聴** 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、疾病、先天性、その他 ()

③ 疾病・外傷発生年月日 **約20年前** 月 日 ・場 所

④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む)
約20年前に右難聴が出現、治療されたが改善せず。
10年ほど前から徐々に左耳が聴こえにくくなり、2019年2月より左補聴器を装用。
半年前よりさらに悪化し当科受診。 障害固定又は障害確定 (推定) 約半年前 月 日

⑤ 総合所見
 別記の通り、聴覚障害6級に該当する聴力である。
 [将来再認定 要 不要] 乳幼児は“要”
 [再認定の時期 年 月]

⑥ その他参考となる合併症状 **なし** 他の身体障害者手帳を所持している場合に記載

上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。
 2022年 9月 23日
 病院又は診療所の名称 **新潟大学医歯学総合病院**
 所在地 〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-75
 電話番号
 診療担当科名 **耳鼻咽喉・頭頸部外科** 医師氏名 **福祉 一郎** 該当する等級を記入

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すること]
 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 (6-1 級相当)
 ・該当しない
 ※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください

難聴の時間経過がわかるように具体的に記載する
 例：〇年前から難聴自覚、〇歳頃から補聴器装用、平成〇年に身障〇級取得
 悪い例：以前から難聴あり

左右別の経過がある場合はそれぞれについて記載する

一般的な**治療で改善する可能性**がある疾患は難聴が改善しない理由を付記する
 例：耳漏で治療を行っているが、難治性であり聴力改善が得られない
 滲出性中耳炎でチューブ留置を行ったが聴力は変わらなかった



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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、**該当する障害にチェック** 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が可能であるが、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 → 『状態及び所見』に記載すること。
- 平衡機能障害 → 『状態及び所見』に記載すること。
- 音声・言語機能障害 → 『状態及び所見』に記載すること。
- そしゃく機能障害 → 『状態及び所見』に記載すること。

4分法平均
105dBルール

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	78.75	dB
左	73.75	dB

(4) 聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

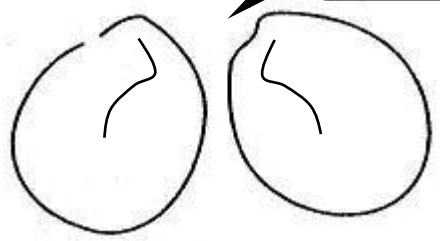
ア 純音による検査
オージオメータの型式 AA-M1B

(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

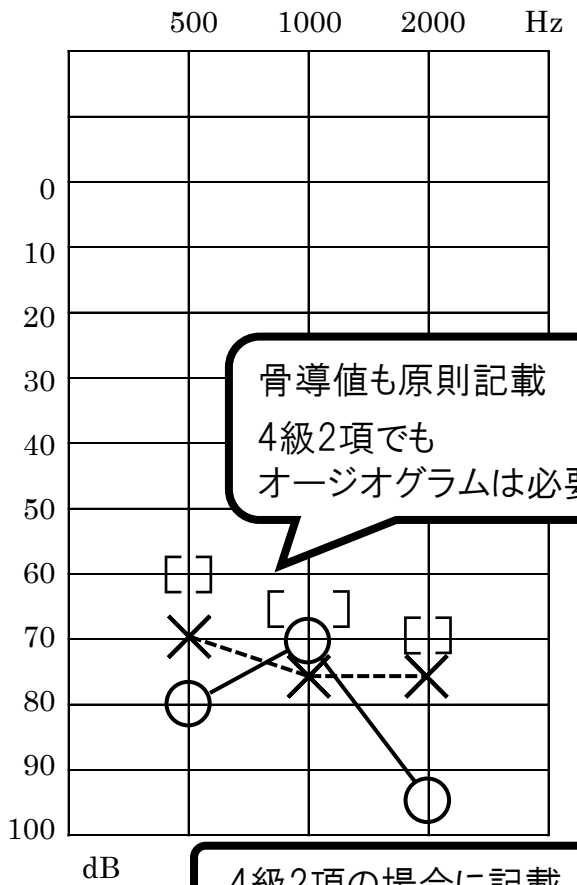
(3) 鼓膜の状態

(右)



両側鼓膜正常

絵だけでなく
コメントも記載



骨導値も原則記載
4級2項でも
オージオグラムは必要

4級2項の場合に記載

2級申請の場合に記載
聴覚障害3級以下の手帳を
持っている場合… 有
持っていない場合… 無

イ 語音による検査

右	%
左	%

語音明瞭度

有 ・ 無

(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。

以下略



① 聴覚障害 6級1項 両側感音難聴

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（聴覚 障害用）

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月 10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	聴覚障害		障害の状況及び所見別紙のとおり	
② 原因となった疾病・外傷名	両側原因不明感音難聴		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生日	約20年 前月 日		場所	
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	<p>約20年前に右難聴が出現、治療されたが改善せず。 10年ほど前から徐々に左耳が聴こえにくくなり、3年前より左補聴器を装用。 半年前よりさらに悪化し当科受診。 障害固定又は障害確定（推定）約半年 前月 日</p>			
⑤ 総合所見	別記の通り、聴覚障害6級に該当する聴力である。		[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>] [再認定の時期 年 月]	
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
<p>上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日</p> <p>病院又は診療所の名称 新潟大学医歯学総合病院 所在地 〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754 電話番号 診療担当科名 耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎</p>				
<p>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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (6-1 級相当) <input type="radio"/> 該当しない</p>				
<p>※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。</p>				
<p>注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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。</p> <p>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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。</p> <p>3 下欄には、記入しないでください。</p>				
障害名	障害・不自由		級	項
	重複障害	障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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	78.75	dB
左	73.75	dB

(4) 聴力検査の結果 (ア又はイのいずれかを記載する)

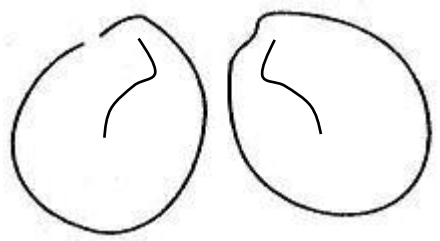
ア 純音による検査
オーディオメータの型式 AA-M1B

(2) 障害の種類

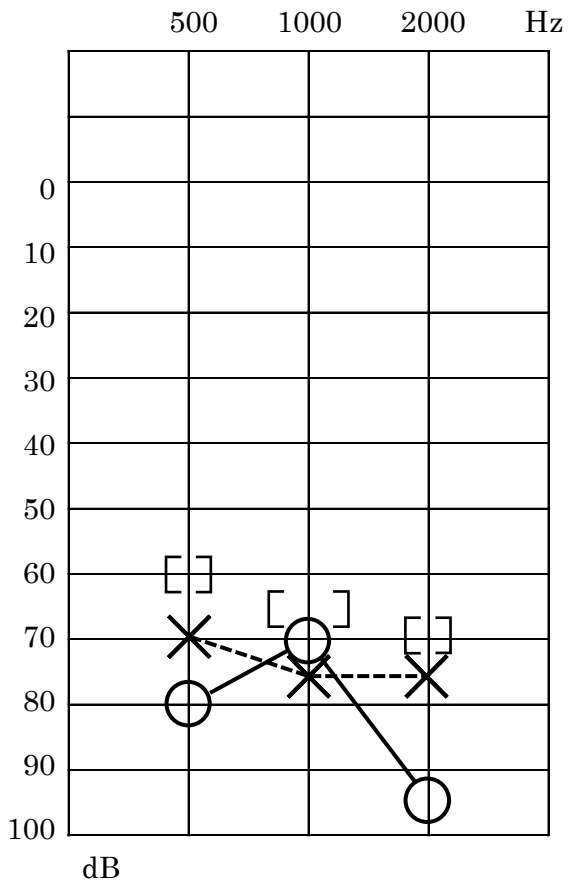
伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



両側鼓膜正常



イ 語音による検査

右	%
左	%

有 ・ 無

(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。

以下略



② 聴覚障害 4級2項 語音明瞭度著障

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（聴覚 障害用）

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	聴覚障害		障害の状況及び所見別紙のとおり	
② 原因となった疾病・外傷名	両側原因不明感音難聴		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生日	50歳頃年 月 日		場所	
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	50歳頃から両側の難聴を自覚した。その後徐々に悪化し、2年前に市販の補聴器を購入したが効果に乏しく、2022年4月に当科受診した。 障害固定又は障害確定（推定） 約2年 前 月 日			
⑤ 総合所見	最高語音明瞭度が右40%、左35%と不良であり、聴覚障害4級2項に該当する。		[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要] [再認定の時期 年 月]	
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日				
病院又は診療所の名称		新潟大学医歯学総合病院		
所在地		〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754		
電話番号				
診療担当科名		耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎		
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (4-2 級相当) <input type="radio"/> 該当しない				
※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。				
注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。				
3 下欄には、記入しないでください。				
障害名	障害・不自由		級	項
	重複障害	障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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	58.75	dB
左	62.5	dB

(4) 聴力検査の結果 (ア又はイのいずれかを記載する)

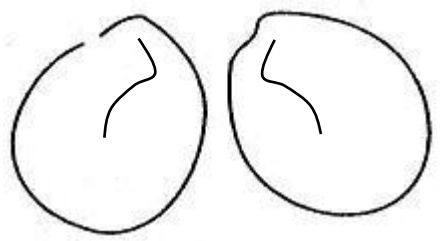
ア 純音による検査
オージオメータの型式 AA-79S

(2) 障害の種類

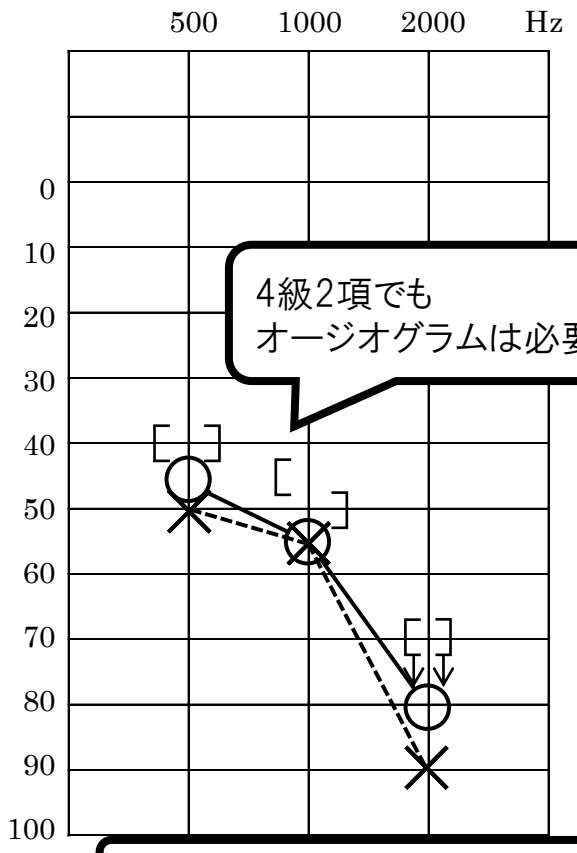
伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



両側鼓膜正常



左右の最高語音明瞭度を記載

イ 語音による検査

語音明瞭度	右	40	%
	左	35	%

有 ・ 無

(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。

以下略

③ 聴覚障害 4級1項 混合性難聴

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（聴覚 障害用）

氏名	新潟 太郎		生年月日	1955年 7月10日	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話	025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	聴覚障害			障害の状況及び所見別紙のとおり	
② 原因となった疾病・外傷名	両側慢性中耳炎		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	50歳頃		年 月 日	場所	
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	<p>小学生の頃より両側耳漏を反復していた。50歳頃、両側の難聴を自覚し当科受診した。両側の鼓膜穿孔と耳漏を認めた。治療にて耳漏は改善したが両側の難聴が悪化し、別紙のような聴力となった。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定（推定） 約2年 前 月 日</p>				
⑤ 総合所見	両側混合性難聴にて、聴覚障害4級1項に該当する聴力である。				[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>] [再認定の時期 年 月]
⑥ その他参考となる合併症状	なし				
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日					
<p style="text-align: center;">病院又は診療所の名称 新潟大学医歯学総合病院 所在地 〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754 電話番号 診療担当科名 耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎</p>					
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (4-1 級相当) <input type="radio"/> 該当しない					
※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。					

- 注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。
- 3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項	
	重複障害	障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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	88.75	dB
左	81.25	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 AA-79S

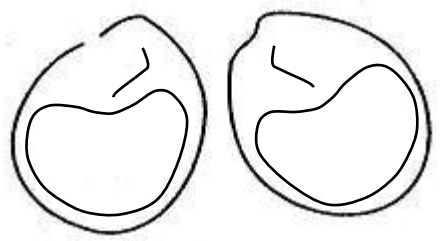
(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

混合性難聴に○

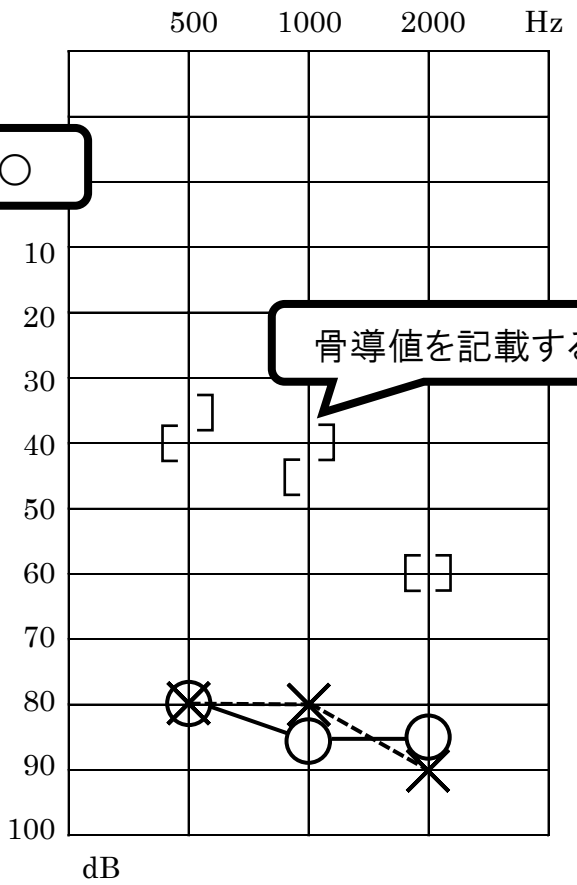
(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



両側鼓膜穿孔あり
耳漏なし

絵だけでなく
コメントも記載



イ 語音による検査

右	%
左	%

語音明瞭度

有 ・ 無

(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。

以下略



④ 聴覚障害 2級 初回申請(ABR添付要)

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (聴覚 障害用)

氏名	新潟 太郎	生年月日	1935年 7月10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名 (部位を明記)	聴覚障害		障害の状況及び所見別紙のとおり	
② 原因となった疾病・外傷名	両側原因不明感音難聴		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生日	70歳頃 年 月 日		場所	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む。)	70歳頃から両側の難聴を自覚し市販の補聴器を使用していたが、80歳頃には補聴器でも聴こえなくなり装用しなくなった。耳鼻咽喉科での精査は受けておらず、施設入所を機に本年8月当科受診した。 障害固定又は障害確定 (推定)80歳頃 年 月 日			
⑤ 総合所見	純音聴力検査4分法平均右105dB、左105dB ABRで右100dB無反応、左100dB無反応 聴覚障害2級に該当する		[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>] [再認定の時期 年 月]	
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す 2022年 9月 23日				
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>2級申請で、聴覚障害3級以下の手帳を持っていない場合 ABRのコピーの添付が必要</p> </div>				
病院又は診療所の名称 新潟大学医歯学総合病院 所在地 〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754 電話番号 診療担当科名 耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎				

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すること。]
 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 (2 級相当)
 該当しない

※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。

- 注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。
- 3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項	
	重複障害	障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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	105	dB
左	105	dB

(4) 聴力検査の結果 (ア又はイのいずれかを記載する)

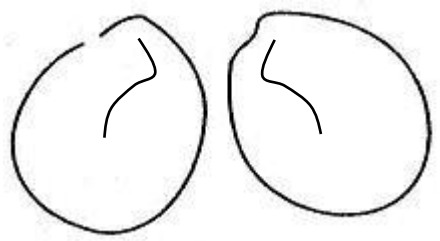
ア 純音による検査
オージオメータの型式 AA-M1B

(2) 障害の種類

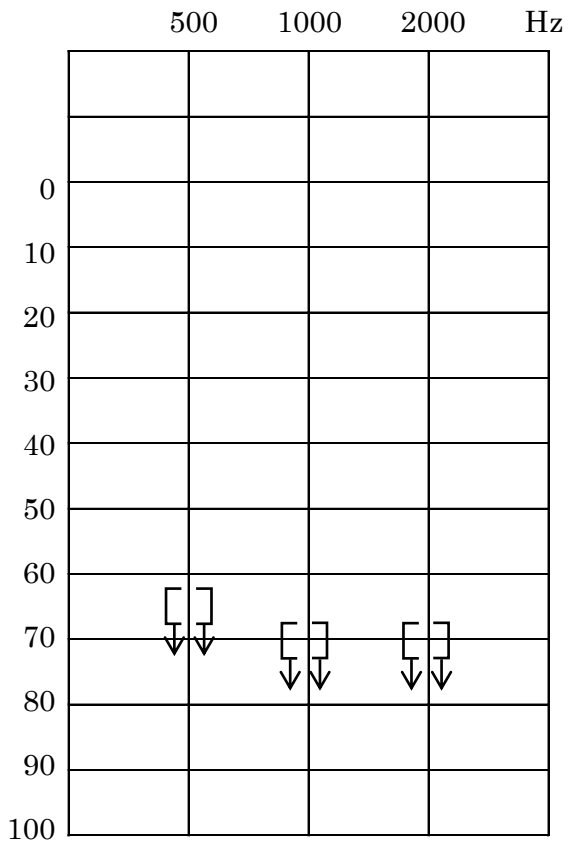
伝 音 性 難 聴
感 音 性 難 聴
混 合 性 難 聴

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



両側鼓膜正常



110dB dB ○× ○× ○×
イ 語音による検査

2級申請の場合に記載
聴覚障害3級以下の手帳を
持っている場合… 有
持っていない場合… 無

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**

以下略



⑤ 聴覚障害 6級1項 先天性難聴(乳児)

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (聴覚 障害用)

氏名	新潟 太郎	生年月日	2022年 2月30日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名 (部位を明記)	聴覚障害	障害別紙	先天性に○	
② 原因となった疾病・外傷名	両側先天性難聴	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、疾病(先天性)その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日	生下時	年	月	日
④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む。)	<p>新生児聴覚スクリーニング両側要再検にて当科紹介受診した。ABR右80dB、左80dB、側頭骨CTに異常なく、CORで再現性を持って両側70dBを超える聴力であった。現在補聴器試聴中である。</p> <p>障害固定又は障害確定 (推定) 生下時 年 月 日</p>			
⑤ 総合所見	<p>少なくとも聴覚障害6級1項に該当する聴力である。</p> <p>乳幼児は“要”</p> <p>[将来再認定 要 不要] [再認定の時期 年 月] 2027年2月</p>			
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
<p>上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日</p> <p>病院又は診療所の名称 新潟大学医歯学総合病院 所在地 〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754 電話番号 診療担当科名 耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎</p>				
<p>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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <u>該当する</u> (6-1 級相当) ・該当しない</p>				

ABR等の結果の記載が必要

乳幼児は“要”

[将来再認定 要 不要]
[再認定の時期 年 月]
2027年2月

5歳で再認定

※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。

注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。

3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項
	重複障害	障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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	75	dB
左	75	dB

(4) 聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

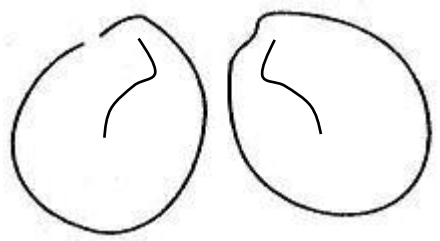
ア 純音による検査
オージオメータの型式 AA-76

(2) 障害の種類

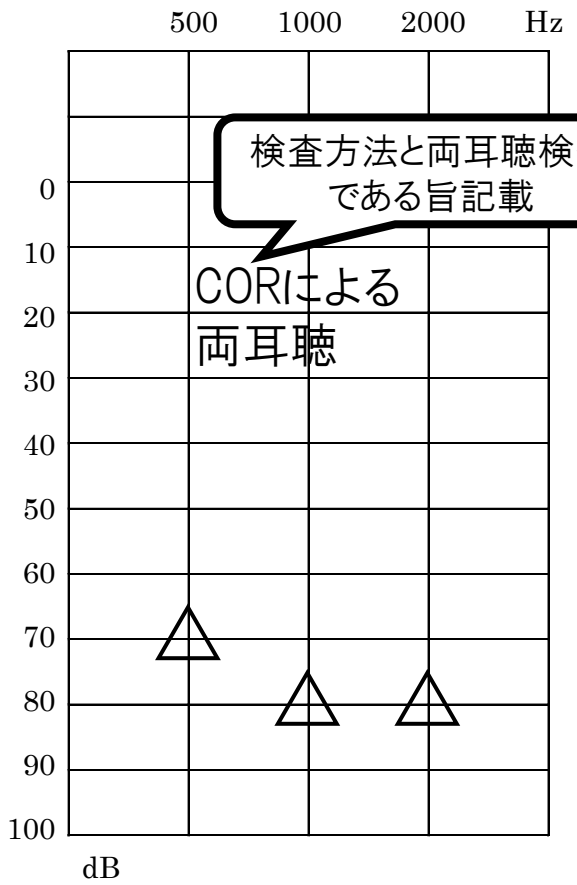
伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



両側鼓膜正常



イ 語音による検査

右	%
左	%

有 ・ 無

(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。

以下略

2. 身体障害者手帳：平衡機能障害

3級 平衡機能の極めて著しい障害

閉眼にて 起立不能

または

開眼で 直線を歩行中10m以内に転倒も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

5級 平衡機能の著しい障害

閉眼で 直線を歩行中10m以内に転倒も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

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなければ記載できない。

平衡機能障害認定に関する注意点

四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認める場合に認定される。

原則として肢体不自由との重複認定は行わない。

例: 脳梗塞後で片麻痺があり歩行困難である

⇒ 歩行困難の原因が片麻痺である場合は、肢体不自由での障害認定となる。

歩行検査に加えて、他覚的に平衡機能障害と診断する必要がある。

例: 平衡機能検査で前庭機能の障害を認める

小脳梗塞後遺症による小脳失調を認める



⑥ 平衡機能障害 3級

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（聴覚 障害用）

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	平衡機能障害			障害の状況及び所見別紙のとおり
② 原因となった疾病・外傷名	小脳梗塞	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	1年前	月	日	場所
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	2021年9月に小脳梗塞を発症し、当院脳外科にて治療された。退院後から歩行障害が残存し、2021年12月当科紹介受診。平衡機能検査にて中枢性平衡機能障害の所見を認める。四肢麻痺はない。 障害固定又は障害確定（推定）約半年前月 日			
⑤ 総合所見	開眼での直線歩行にて10m以内に転倒し、平衡機能障害3級に該当する。			[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要] [再認定の時期 年 月]
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日				
病院又は診療所の名称		新潟大学医歯学総合病院		
所在地		〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754		
電話番号				
診療担当科名		耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎		
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (3 級相当) <input type="radio"/> 該当しない				
※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。				
注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。				
3 下欄には、記入しないでください。				
障害名	障害・不自由		級	項
	重複障害	障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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)

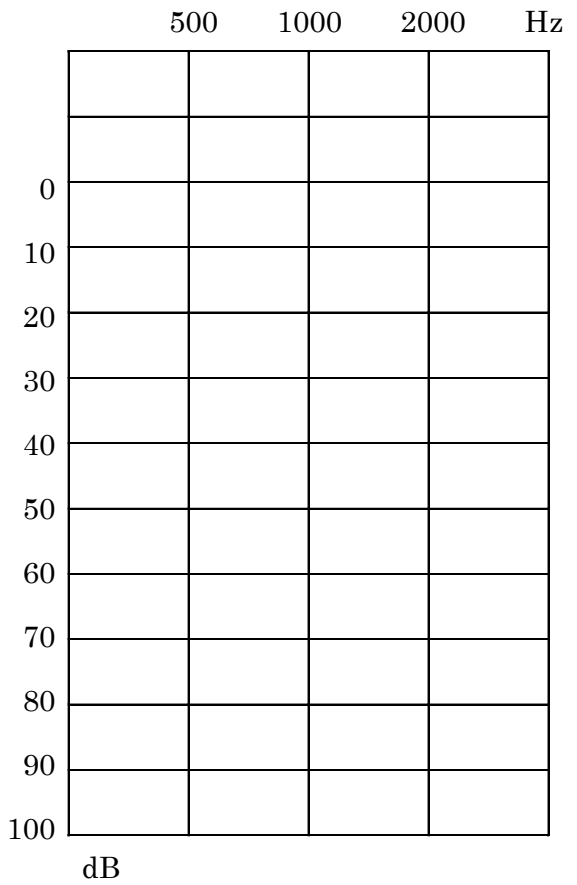
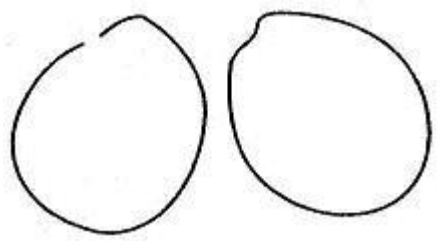
ア 純音による検査
オーディオメータの型式 _____

(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

(右) (左)



イ 語音による検査

右	%
左	%

語音明瞭度

有 ・ 無

(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。



2 「平衡機能障害」の状態及び所見

平衡機能障害である根拠を記載する

平衡機能検査にて、視標追跡検査不良、体幹失調を認める。

閉眼では起立、歩行ができない。

開眼での直線状の歩行は著しく不安定で、2～3m以内に転倒する。

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」 | { | <input type="checkbox"/> 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。 |
| | | <input type="checkbox"/> 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、下随意運動の有無、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

以下略



3. 身体障害者手帳：音声・言語機能障害

3級 音声・言語機能の喪失

音声を全く発することができない、音声言語を全く理解することができない

家族において会話の用をなさない

単語レベルの障害（単語がわからない、言えない）

4級 音声・言語機能の著しい障害

家族以外の他人において会話の用をなさない

文レベルの障害（単語はOK）

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなければ記載できない。

音声機能障害

主として喉頭レベルにおける声と発声に関わる能力の障害

例: 喉頭摘出、発声筋麻痺

言語機能障害

構音器官（口腔、舌、下顎、口蓋等）発音に関わる能力の障害

例: 口腔等の手術後、先天性形態異常

中枢性疾患による音声言語の理解と表出に関わる能力の障害

例: 失語症、ろうあ、中枢性構音障害

音声・言語機能障害認定に関する注意点

言語理解、言語表出、いずれか重症の方の障害程度で判定する。

代用音声（食道発声、電気喉頭など）で会話が可能となった場合でも等級は変わらない。

気管切開されている場合

気管切開され気管カニューレが挿入されていることのみが原因で発声ができない場合、音声機能障害には該当しない

例: 誤嚥性肺炎で気管切開、気管カニューレが留置されている症例
⇒ 音声機能障害には該当しない

ただし、気管切開とは別に、音声・言語機能障害の原因となり得る喉頭、構音器官、中枢の疾患がある場合はその限りではない

例: 筋萎縮性側索硬化症（ALS）で気管切開、人工呼吸管理中の症例

⇒ 呼吸筋の麻痺が完全なものであれば、発声のための呼気を生じることができないため、音声機能障害の3級として認定できる場合がある。

認知症などの場合

認知症など精神機能の全般的衰退により発語がほぼ見られないような場合は、言語中枢・発声構音器官の異常によるものではないため、音声言語障害には該当しない。



⑦ 音声機能障害 3級 喉頭全摘

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（音声 障害用）

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月10日	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	音声機能障害		障害の状況及び所見別紙のとおり	
② 原因となった疾病・外傷名	喉頭癌	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	2022年 5月 日	場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	2022年5月18日、喉頭癌のため喉頭全摘術を施行。 障害固定又は障害確定（推定）2022年 5月18日			
⑤ 総合所見	喉頭摘出後のため、失声の状態である。			[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> [再認定の時期 年 月]
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日 病院又は診療所の名称 新潟大学医歯学総合病院 所在地 〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754 電話番号 診療担当科名 耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎				
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (3 級相当) <input type="radio"/> 該当しない				
※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。				

- 注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。
- 3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項	
	重複障害	障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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)

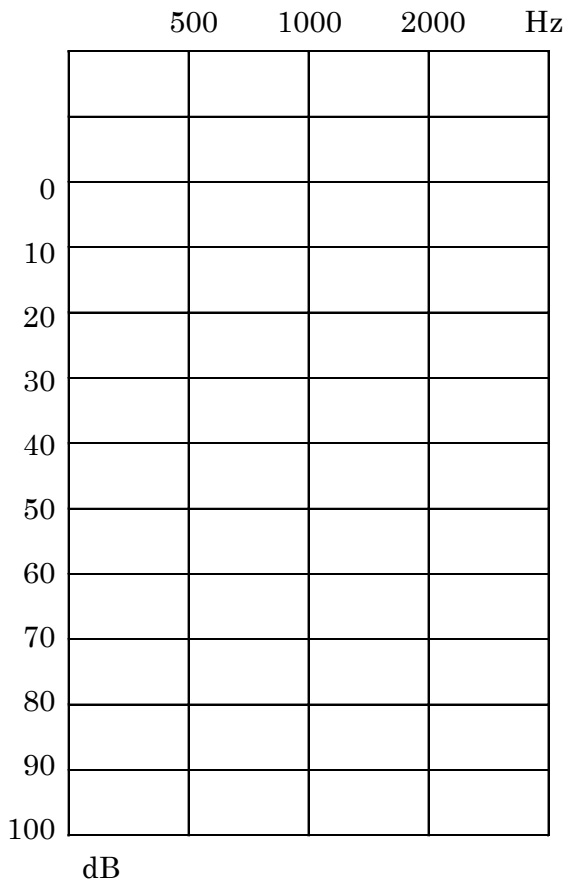
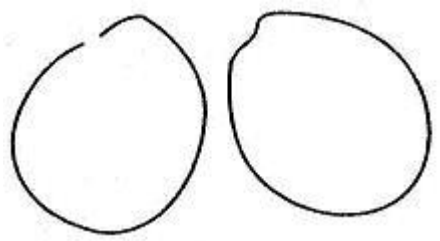
ア 純音による検査
オーディオメータの型式 _____

(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

(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

(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

喉頭全摘術による無喉頭のため音声機能を喪失している。

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

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」 | { | <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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、下随意運動の有無、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

以下略

⑧ 言語機能障害 4級 構音障害(舌癌術後)

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (言語 障害用)

氏名	新潟 太郎		生年月日	1955年 7月10日		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話	025-123-0000		
① 障害名 (部位を明記)	言語機能障害				障害の状況及び所見別紙のとおり	
② 原因となった疾病・外傷名	舌癌		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他 ()			
③ 疾病・外傷発生年月日	2022年 2月 日		場 所			
④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む。)	2022年2月12日、舌癌のため舌亜全摘術、両側頸部郭清術、遊離皮弁再建術を施行。術後舌の可動性不良による構音障害が著しく、会話に困難が残存している。 障害固定又は障害確定 (推定) 2022年 5月 日					
⑤ 総合所見	舌癌術後の構音障害のため、家族以外の人との音声による意思疎通は困難である。				[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>] [再認定の時期 年 月]	
⑥ その他参考となる合併症状	なし					
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日						
病院又は診療所の名称			新潟大学医歯学総合病院			
所 在 地			〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754			
電 話 番 号						
診療担当科名			耳鼻咽喉・頭頸部外科		医師氏名 福祉 一郎	
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (4 級相当) <input type="radio"/> 該当しない						

※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。

注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。

3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項
	重複障害	障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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)

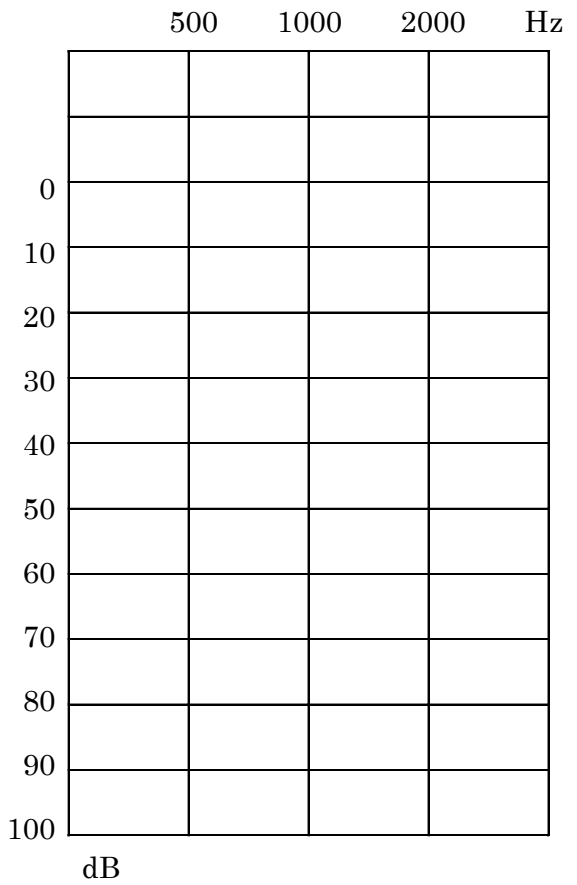
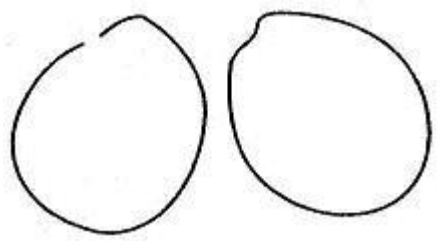
ア 純音による検査
オーディオメータの型式 _____

(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

(右) (左)



イ 語音による検査

右	%
左	%

語音明瞭度

有 ・ 無

(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。



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

手術により舌の可動部の大部分を失い、残存舌の可動性不良による構音障害のため、家族以外の人に対して音声会話での意思疎通は困難である。

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

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」 | { | <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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、下随意運動の有無、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

以下略



4. 身体障害者手帳：そしゃく機能障害

3級 そしゃく機能の喪失

経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より管を挿入して栄養を補給する方法）以外に方法がない

4級 そしゃく機能の著しい障害

経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないため、
経管栄養の併用を要する

摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある
[摂取が半固形物（ゼラチン・寒天・増粘性添加物等）等極度に限られる]

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなければ記載できない。

そしゃく機能障害

- a. 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- b. 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
- c. 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
- d. 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（4級に限る）



そしゃく機能障害認定に関する注意点

食道疾患の場合

食道狭窄による嚥下困難は、そしゃく機能障害には該当しない。

気管切開されている場合

気管切開され気管カニューレが挿入されていることが原因で経口摂取ができない場合、そしゃく機能障害には該当しない

認知症などの場合

認知症などのため経口摂取を行わないような場合は、神経筋疾患、延髄機能障害、顎・口腔・咽喉頭の欠損等によるものではないため、そしゃく機能障害には該当しない。

咬合異常によるそしゃく障害について

主に口唇・口蓋裂等の症例に対し、咬合異常による障害をそしゃく障害4級として申請することができる。これは歯科矯正治療などを行う際の支援とすることを目的としている。

障害の程度、歯科矯正治療等の適応、2点を満たす場合に認定される。

障害の程度

口唇・口蓋裂等の後遺症による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態であり、永続する機能障害を有し、日常生活活動に相当程度の制限があること、そしゃく困難で食事摂取が極めて不利、不便になるものであるかどうかを判断する。

歯科矯正治療の適応

機能障害が歯科矯正治療、口腔外科的手術によって改善が得られるかどうかを判断する。

あらかじめ都道府県知事の定める歯科医師の「歯科医師による診断書・意見書」の提出が必要である。

身体障害者手帳申請のための診断書は、15条指定医が記載する。



⑨ そしゃく機能障害 3級 口腔底癌術後

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（そしゃく障害用）

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	そしゃく機能障害			障害の状況及び所見別紙のとおり
② 原因となった疾病・外傷名	口腔底癌	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	2022年 3月 日	場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	<p>2022年3月24日、口腔底癌に対し、舌亜全摘、下顎区域切除、遊離皮弁再建術を施行した。術後リハビリを行ったが、開口障害と舌の可動性不良による経口摂取に至らず、2022年9月、胃瘻を増設した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定（推定）2022年 9月 日</p>			
⑤ 総合所見	経口的に食物を摂取できないため、胃瘻による経管栄養を行っている。			[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要] [再認定の時期 年 月]
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日				
病院又は診療所の名称		新潟大学医歯学総合病院		
所在地		〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754		
電話番号				
診療担当科名		耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎		
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (3 級相当) <input type="radio"/> 該当しない				

※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。

注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。

3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項
	重複障害	障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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)

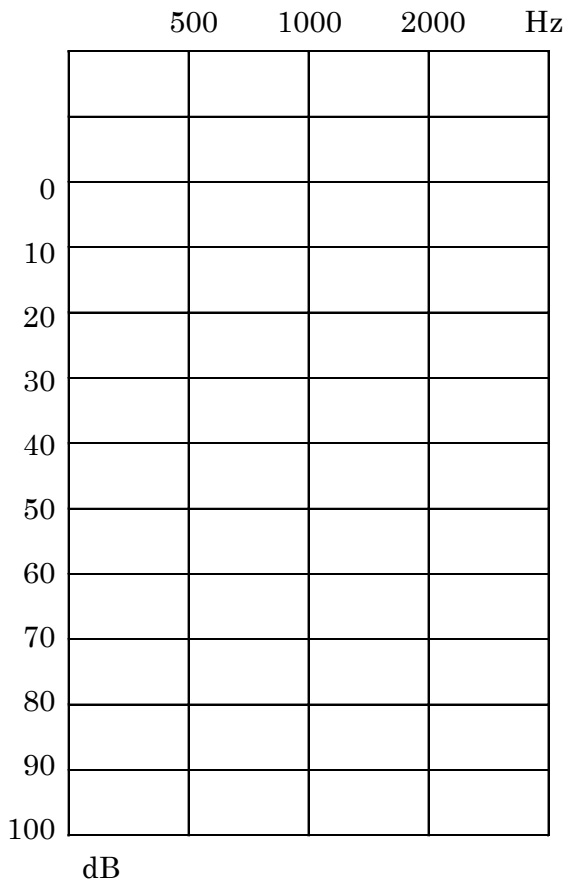
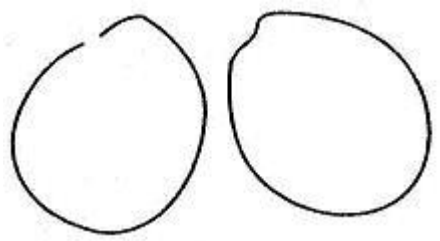
ア 純音による検査
オーディオメータの型式 _____

(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

(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

(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。

チェック

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

チェック

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、下随意運動の有無、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



- 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。）

口腔底癌術後で、開口障害および再建した舌の可動性不良を認める。

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。)

食物の口腔内保持、口腔から咽頭への送り込みができない。
 経口摂取不可のため、胃瘻からの経管栄養を行っている。

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。）

チェック

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、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 500,1000,2000Hz 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。



⑩ そしゃく機能障害 4級 多発性脳梗塞による嚥下障害

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書（そしゃく障害用）

氏名	新潟 太郎	生年月日	1955年 7月10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名（部位を明記）	そしゃく機能障害			障害の状況及び所見別紙のとおり
② 原因となった疾病・外傷名	多発性脳梗塞	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	2021年10月	日	場所	
④ 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）	2021年10月2日、誤嚥性肺炎で〇〇病院内科入院。頭部MRIにて脳幹上部を含む多発性の脳梗塞を認めた。嚥下リハビリを継続してきたが、嚥下困難が残存している。 障害固定又は障害確定（推定）2022年 7月 日			
⑤ 総合所見	経口摂取困難のため、経口のみでは十分な栄養が摂取できず、経鼻胃管による栄養を併用している。			[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要] [再認定の時期 年 月]
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日				
病院又は診療所の名称		新潟大学医歯学総合病院		
所在地		〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754		
電話番号				
診療担当科名		耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎		
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (4 級相当) <input type="radio"/> 該当しない				
※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。				

- 注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。
- 3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項	
	重複障害	障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項



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

[はじめに] (認定要領を参照のこと)

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	d B
左	d B

(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 _____

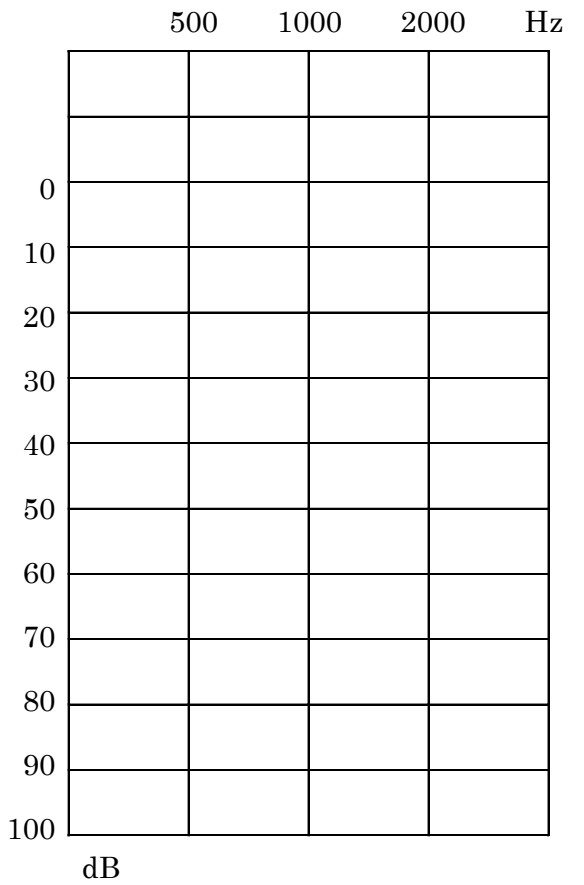
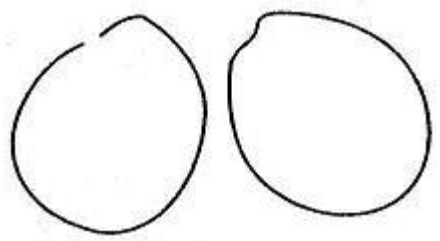
(2) 障害の種類

伝 音 性 難 聴
感 音 性 難 聴
混 合 性 難 聴

(3) 鼓膜の状態

(右)

(左)



イ 語音による検査

右	%
左	%

語音明瞭度

有 ・ 無

(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。



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

チェック

(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

チェック

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、下随意運動の有無、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



(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、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

チェック

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 500,1000,2000Hz 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。



⑪ そしゃく機能障害 4級 口蓋裂(歯科矯正治療予定)

第3号様式

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (そしゃく障害用)

氏名	新潟 太郎	生年月日	2002年 9月 10日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒950-0000 新潟県〇〇市△△ X-XX-X		電話 025-123-0000	
① 障害名 (部位を明記)	そしゃく機能障害			障害の状況及び所見別紙のとおり
② 原因となった疾病・外傷名	唇顎口蓋裂	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、疾病 <input checked="" type="radio"/> 先天性 <input type="radio"/> その他 ()		
③ 疾病・外傷発生日	生下時	年 月 日	場所	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む。)	2004年〇〇病院口腔外科で口唇形成術、2005年口蓋形成術を施行。唇顎口蓋裂後遺症による咬合異常があり、歯科矯正治療の必要がある。 障害固定又は障害確定 (推定) 2022年 7 月 日			
⑤ 総合所見	経口摂取困難のため、経口のみでは十分な栄養が摂取できず、経鼻胃管による栄養を併用している。			[将来再認定 要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>] [再認定の時期 年 月]
⑥ その他参考となる合併症状	なし			
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 2022年 9月 23日				
病院又は診療所の名称		新潟大学医歯学総合病院		
所在地		〒951-7520 新潟市中央区旭町通1-754		
電話番号				
診療担当科名		耳鼻咽喉・頭頸部外科 医師氏名 福祉 一郎		
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すること。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input checked="" type="radio"/> 該当する (4 級相当) <input type="radio"/> 該当しない				

※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。

注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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 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障害の状況及び所見について問合せする場合があります。

3 下欄には、記入しないでください。

障害名	障害・不自由	級	項
	重複障害	障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項
		障害・不自由	級 項

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

【はじめに】 〈認定要領を参照のこと〉

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	d B
左	d B

(4) 聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

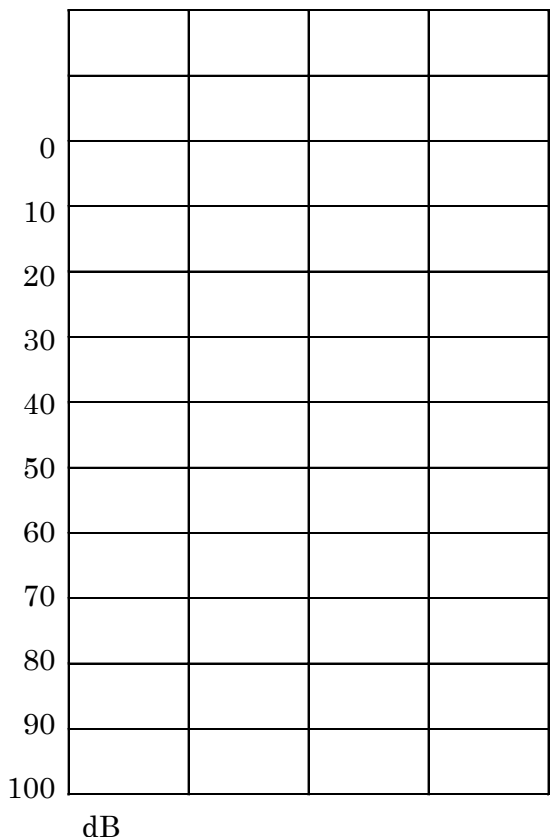
ア 純音による検査

オーディオメータの型式 _____

500 1000 2000 Hz

(2) 障害の種類

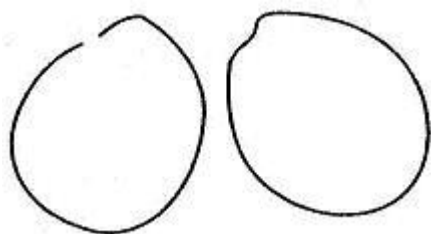
伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴



(3) 鼓膜の状態

(右)

(左)



イ 語音による検査

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

チェック

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、下随意運動の有無、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



- 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

チェック

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。）

上顎骨の発育不全あり。左右口蓋歯槽弓の狭窄により上下咬合状態の不全あり。

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。）

アの咬合異常のため、有効な食物粉碎ができず、あまり噛めずに飲み込む。



(2) その他（今後の見込み等）

歯列の狭窄に対する歯科矯正治療を予定

(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、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

【入上の注意】

チェック

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。



5. 補装具費支給意見書

聴覚障害の身体障害者手帳を所持している場合、補装具として補聴器の費用支給を申請することができる。

意見書は、身体障害者福祉法15条指定医でなければ記載できない。

申請に関する注意点

高度難聴用、重度難聴用

4, 6級は高度難聴用、2, 3, 4級は重度難聴用が原則適応となる。

ただし、特殊な聴力像など医学的に必要な場合は6級で重度難聴用補聴器が認められる場合もある。

例: 高音急墜型感音難聴で、平均聴力は6級相当だが高音域は重度

ポケット型、耳掛け型、耳あな型

ポケット型、耳掛け型はどちらを選択しても良い。

耳あな型は、真に必要な症例に限る。

例: 耳介、外耳道の状態など医学的な理由がある
ヘルメット装用など職業安全上の理由がある

両耳装用

原則は片側のみ交付される。

ただし、相応の理由があって「片耳装用では不十分かつ両耳装用で効果が見込める」場合は、両側交付が認められる場合もある。

例: 語音明瞭度が非常に悪い

小児期から両耳装用で聴能訓練を受けている

片耳装用では学校で聴き取れず学業に影響が出る

職業安全上、両耳装用でないと危険である



前回交付から5年以内の再申請

前回交付から5年を目安に補聴器の再交付を受けることができる。
ただし、5年未満の場合でも理由があれば認められる場合がある。

例: 前回交付以降、難聴悪化のため等級が上がった

通常の使用にて故障が頻回である

支援法対応補聴器以外の補聴器

差額を自己負担して購入することができる。

ただし、意見書に記載された補聴器の条件と一致する必要がある。

例: 重度難聴用耳掛け型補聴器と意見書に記載されている場合

高度難聴用...× 重度難聴用...○

耳掛け型...○ 耳あな型、ポケット型...×

ワイヤレス補聴援助システム

重度難聴用補聴器に対して、ワイヤレス補聴援助システム（ワイヤレスマイク、受信機）を追加することができる。FM式だけでなく、デジタル式システムの申請も可能である。

人工内耳装用者に対して、人工内耳用ワイヤレス補聴援助システムの申請をすることが可能である。

人工内耳の修理

人工内耳用音声信号処理装置（プロセッサ）の修理を申請できる。

「人工内耳用音声信号処理装置確認票」を同時に提出する。



身障診断書との同時申請

身体障害者手帳の交付申請と、補聴器の交付申請を同時に行うことができる。

補装具費支給券（適合判定）について

市町村からの補装具費支給が決定すると、補装具費支給券が申請者に送付される。意見書を作成した医師（15条指定医）は、補装具の適合判定を行い支給券に署名する。その後、申請者もしくは補装具業者が支給券を添えて市町村に請求することで、補装具費が支給される。

障害者総合支援法の対象となる難病等

障害者総合支援法の対象となる難病等が定められており、身体障害者手帳を持たない場合でも補装具の交付を受けられる場合がある。原則として、以下の基準に該当する場合は交付認定される。

- ・上記の難病に該当する
- ・少なくとも症状悪化時に聴力レベルが聴覚障害に該当する

※難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）で指定された難病とは異なるため注意する



◎意見書記載例(留意事項)

様式第2号

補装具費 (購入)・修理) 支給意見書

*車いすは別様式

住所 ○○^郡市 △△^町村 X-XX-X

身体障害者

氏名 新潟 太郎

(大正 昭和) 平成・令和) 30年 7月10日生 67才

手帳等級 (内訳)

 視覚障害 _____ 級 聴覚障害 6-1 級 内部障害 _____ 級 肢体不自由 上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級 脳原性 上肢 _____ 級 移動 _____ 級

○病名

両側感音難聴

○装着しなければならない補装具の名称

補聴器

○障害名

聴覚障害

○補装具の処方及び工作的所見

高度難聴用耳掛け型
イヤーマールド付き両耳、耳あな型、
5年以内等の場合、
根拠となる理由を
記載する現在の等級と矛盾がないか確認する
※矛盾がある場合、記載医へ照会される
ことがある

○障害状況

4分法平均 右78dB 左73dB

○補装具使用による効果の見込

あり

効果を見込めることが
わかるように記載する

上記のとおり診断します。

令和 4年 11月 12日

新潟大学医歯学総合病院

医療機関名

耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師名

福祉 一郎 印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。



① 高度難聴用 耳掛け型 イヤーモールド付き

様式第2号

補装具費 (購入)・修理) 支給意見書

*車いすは別様式

住所 ○○市 △△ 町 X-XX-X

身体障害者

氏名 新潟 太郎
(大正 昭和 平成・令和) 30 年 7 月 10 日生 67 才

手帳等級 (内訳)

- 視覚障害 _____ 級
- 聴覚障害 6-1 級
- 内部障害 _____ 級

- 肢体不自由
 - 上肢 _____ 級
 - 下肢 _____ 級
 - 体幹 _____ 級
 - 脳原性
 - 上肢 _____ 級
 - 移動 _____ 級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

両側感音難聴

補聴器

○障害名

○補装具の処方及び工作的所見

聴覚障害

高度難聴用耳掛け型
イヤーモールド付き

○障害状況

○補装具使用による効果の見込

4分法平均 右78dB 左73dB

あり

上記のとおり診断します。

令和 4 年 11 月 12 日

新潟大学医歯学総合病院

医療機関名

耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師名

福祉 一郎 印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。



② 聴覚障害4級2項 両耳装用

様式第2号

補装具費 (購入)・修理) 支給意見書

*車いすは別様式

住所 ○○^郡市 △△^町村 X-XX-X

身体障害者

氏名 新潟 太郎
(大正 昭和 平成・令和) 30年 7月10日生 67才

手帳等級 (内訳)

- 視覚障害 _____ 級
- 聴覚障害 4-2 級
- 内部障害 _____ 級

- 肢体不自由
 - 上肢 _____ 級
 - 下肢 _____ 級
 - 体幹 _____ 級
 - 脳原性
 - 上肢 _____ 級
 - 移動 _____ 級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

両側感音難聴

補聴器

○障害名

○補装具の処方及び工作的所見

聴覚障害

高度難聴用耳掛け型イヤーマールド付 両耳装用
 ※ 語音明瞭度不良で片耳装用では十分聴き取れず、
 両耳で聴き取り改善するため、両耳交付が望ましい

○障害状況

○補装具使用による効果の見込

4分法平均 右61dB 左71dB
 語音弁別能 右40% 左35%

あり

上記のとおり診断します。

令和 4年 11月 12日 新潟大学医歯学総合病院

医療機関名 耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師名 福祉 一郎 印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。



③ 耳あな型オーダーメイド

様式第2号

補装具費 **(購入)**・修理) 支給意見書

*車いすは別様式

住所 ○○**市** △△ 町村 X-XX-X

身体障害者

氏名 新潟 太郎
(大正 **昭和** 平成・令和) 30 年 7 月 10 日生 67 才

手帳等級 (内訳)

<input type="checkbox"/> 視覚障害 _____ 級	□ 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 上肢 _____ 級
<input checked="" type="checkbox"/> 聴覚障害 <u>6-1</u> 級		<input type="checkbox"/> 下肢 _____ 級
<input type="checkbox"/> 内部障害 _____ 級		<input type="checkbox"/> 体幹 _____ 級
		<input type="checkbox"/> 脳原性 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 上肢 _____ 級 <input type="checkbox"/> 移動 _____ 級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

両側感音難聴

補聴器

○障害名

○補装具の処方及び工作的所見

聴覚障害

耳あな型オーダーメイド

※ 建築業に従事しており職業安全上ヘルメットの装着が必要であるため、耳掛け型の装用が難しく、耳あな型の交付が望ましい。

○障害状況

○補装具使用による効果の見込

4分法平均 右78dB 左73dB

あり

上記のとおり診断します。

令和 4 年 11 月 12 日 新潟大学医歯学総合病院

医療機関名 耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師名 福祉 一郎 印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。



④ 前回交付から5年以内の申請

様式第2号

補装具費 (購入)・修理) 支給意見書

*車いすは別様式

住所 ○○^郡市 △△^町村 X-XX-X

身体障害者

氏名 新潟 太郎

(大正 昭和 平成・令和) 30年 7月10日生 67才

手帳等級 (内訳)

 視覚障害 _____ 級
 聴覚障害 3 級
 内部障害 _____ 級

 肢体不自由

- 上肢 _____ 級
- 下肢 _____ 級
- 体幹 _____ 級
- 脳原性
 - 上肢 _____ 級
 - 移動 _____ 級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

両側感音難聴

補聴器

○障害名

○補装具の処方及び工作的所見

聴覚障害

重度難聴用耳掛け型 イヤーモールド付き

※ 2019年に高度難聴用補聴器を交付されているが、その後難聴が悪化し効果不十分となり、聴覚障害3級に等級変更されたため、5年以内であるが新たに申請する。

○障害状況

○補装具使用による効果の見込

4分法平均 右91dB 左90dB

あり

上記のとおり診断します。

令和 4年 11月 12日

新潟大学医歯学総合病院

医療機関名 耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師名

福祉 一郎 印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。



⑤ ワイヤレス補聴援助システム（ワイヤレスマイク、受信機）

様式第2号

補装具費（購入 **修理**）支給意見書

重度難聴用補聴器に対する「修理」扱い

*車いすは別様式

住所 ○○ **市** △△ 町村 X-XX-X

身体障害者

氏名 新潟 太郎
(大正 **昭和** 平成・令和) 30年 7月10日生 67才

手帳等級（内訳）

- 視覚障害 _____ 級
- 聴覚障害 3 級
- 内部障害 _____ 級

- 肢体不自由
 - 上肢 _____ 級
 - 下肢 _____ 級
 - 体幹 _____ 級
 - 脳原性
 - 上肢 _____ 級
 - 移動 _____ 級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

両側感音難聴

ワイヤレスマイク、受信機

○障害名

従来のFM式だけでなく、デジタル式でも可

○補装具の処方及び工作的所見

聴覚障害

ワイヤレスマイク、受信機
重度難聴用補聴器に装着し、使用する。

○障害状況

4分法平均 右91dB 左90dB

○補装具使用による効果の見込

あり

人工内耳に装着する場合はその旨記載する

上記のとおり診断します。

令和 4年 11月 12日

新潟大学医歯学総合病院

医療機関名 耳鼻咽喉・頭頸部外科

医師名

福祉 一郎 印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。



⑥ 人工内耳用音声信号処理装置 確認票

様式2

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

2022年 11月 21日

医療機関名	新潟大学医歯学総合病院
所在地	新潟市中央区旭町通1-754
診療担当科	耳鼻咽喉・頭頸部外科
作成医師氏名	福祉 一郎 印

記

【患者情報】

氏名 新潟 太郎生年月日 1955年 7月 10日 年齢 67 歳住所 新潟県〇〇市△△ X-XX-X身障手帳障害名と等級 聴覚障害 (1 種 2 級)

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名: コクレア機種名: Nucleus 7 プロセッサ

【確認項目】

以下に該当する場合は口に☑を入れてください。

- 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
- 人工内耳音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。
- 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

⑦ 補装具費支給券(適合判定)

別添様式例第8(1)号

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 日		年 月 日	
購入・借受け・修理 の 別		購入 ・ 借受け ・ 修理			
借 受 け 期 間 (借受けの場合)		年 月 日 ~		年 月 日	
氏 名		生年月日		年 月 日	
住 所					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
処 方					
補 装 具 事 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額		見 積 額		利 用 者 負 担 額	
円		円		円	
月 額 負 担 上 限 額			円		
<p>意見書を作成した医師が、適合判定(補装具が処方通りであるかどうか判定)を行い、ここに署名する</p>					
<p>上記のとおり決定する。 令和 年 月 日</p>					
町 村 長					
判 定 査 査	判 定 日 年 月 日	令和5年2月4日	判 定 員 名 職 氏 名	福祉 一郎	
受 領	受 領 日 年 月 日	令和 年 月 日	受 領 者 名 氏 名	本人との関係	

6. 軽中等度難聴児補聴器購入費助成事業

身体障害者手帳の聴覚障害に該当しないレベルの軽中等度難聴を持つ小児は、各自治体に補聴器購入費助成を申請することができる。

新潟県内では、全自治体で申請可能である。

ただし、自己負担額、ワイヤレス補聴援助システムの購入費補助の有無などは、自治体によって異なるため注意する。

意見書は、身体障害者福祉法15条指定医でなければ記載できない。

対象年齢	18歳未満
聴力レベル	両側30dB以上 または 医師が必要と認めた場合
再交付	前回交付から5年経過した場合に再交付可能
イヤーマールド	補聴器交付申請と同時の場合のみ補助可能

◎意見書記載例

第2号様式（第5条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費支給意見書

助成対象 児童	住 所	〇〇市 △△ X-XX-X		
	氏 名	新潟 太郎	生年月日	2017 年 9 月17 日
病 名	両側感音難聴			
障害部位 及びその 状況	聴覚障害			
聴 力	右 45 dB ・ 左 47.5 dB			
補聴器の 要否及び 効果	右 (要 ・ 否) 左 (要 ・ 否)			
	(効果) あり (両耳に必要な場合、その理由) 学業上の観点から、語音聴取が改善する両耳装用が望ましい			
処 方	高度難聴用耳掛け型補聴器 イヤーモールド付き 両耳			
上記のとおり診断する。				
2022 年 11 月 26 日				
		医療機関名	新潟大学医歯学総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科	
		医師氏名	福祉 一郎 (印)	

- ・本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りま。
- ・聴力の測定は、平成15年1月10日付、厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発第110001号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」に規定する純音オーディオメータ検査によります。



7. 障害年金

障害基礎年金、障害厚生年金、障害手当金がある。

原則として20歳から受給できる。

障害基礎年金	国民年金の被保険者（日本国内に住む20歳以上60歳未満のすべての人）
障害厚生年金	厚生年金保険の被保険者（厚生年金保険の適用を受ける会社に勤務する全ての人）
障害手当金	※障害基礎年金もあわせて受給

※受給要件の詳細については日本年金機構のウェブサイトを参照

障害年金には、身体障害者手帳とは異なる障害等級の基準がある。

1、2級：障害基礎年金、障害厚生年金とも共通

3級：障害厚生年金のみ（厚生年金保険の被保険者のみ）

障害手当金：厚生年金保険の被保険者のみ

2つの障害が併存する場合、個別の障害等級が基準に該当しなくても、併合認定される場合がある。

※障害等級の基準に達しなくても診断書を必要とする場合があるため、留意する

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなくても記載できる。



聴覚の障害

1級	両側100dB以上	
2級	両側90dB以上	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3級	両耳の聴力が、40cm異常では通常の話声を解することができない程度に減じたもの	両耳80dB以上 かつ 最良語音明瞭度30%以下
障害手当金 <u>厚生年金保険のみ</u>	一耳の聴力が、耳殻に接しなければ大声による話を解することができない程度に減じたもの	両耳70dB以上 両耳50dB以上 かつ 最良語音明瞭度50%以下
障害手当金 <u>厚生年金保険のみ</u>		一側80dB以上

※ 4分法平均で算出 $(500\text{Hz} + 1000\text{Hz} \times 2 + 2000\text{Hz}) \div 4$

※ 105dBルールは不要 実測値で計算

※ 初回申請で1級の場合、ABR等の検査結果が必要

鼻腔機能の障害

障害手当金 <u>厚生年金保険のみ</u>	鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの	鼻軟骨部の全部又は大部分を欠損し、かつ、鼻呼吸障害のあるもの
--------------------------	-----------------------	--------------------------------

※ 嗅覚脱失は、認定の対象とならない

平衡機能の障害

		<p>閉眼で起立・立位保持が不能</p> <hr/> <p>開眼で直線を歩行中に10m以内に転倒あるいは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ない程度のももの</p>
<p>2級</p>	<p>平衡機能に著しい障害を有するもの</p>	<p>閉眼で起立・立位保持が不安定</p> <hr/> <p>開眼で直線を10m歩いた時、多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す程度のももの</p>
<p>3級</p> <p>障害厚生年金のみ</p>	<p>神経系統に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの</p>	<p>閉眼で起立・立位保持が不安定</p> <hr/> <p>開眼で直線を10m歩いた時、多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す程度のももの</p>
<p>障害手当金</p> <p>厚生年金保険のみ</p>	<p>神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの</p>	

※ 四肢体幹に器質的異常がない場合に上記の基準を満たすものが該当する

そしゃく・嚥下機能の障害

2級	そしゃくの機能を欠くもの	流動食以外は摂取できないもの、経口的に食物を摂取することができないもの、及び、経口的に食物を摂取することが極めて困難なもの（食餌が口からこぼれ出るため常に手、器物等でそれを防がなければならないもの、または、一日の大半を食事に費やさなければならない程度のももの）
----	--------------	--

3級 障害厚生年金のみ	そしゃくの機能に相当程度の障害を残すもの	経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにゾンデ栄養の併用が必要なもの、または、全粥又は軟菜以外は摂取できない程度のももの
----------------	----------------------	---

障害手当金 厚生年金保険のみ	そしゃくの機能に障害を残すもの	ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分できないため食事が制限される程度のももの
-------------------	-----------------	---

※ 歯、顎（顎関節も含む。）、口腔（舌、口唇、硬口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭、食道等の器質的、機能的障害（外傷や手術による変形、障害も含む。）により食物の摂取が困難なもの、あるいは誤嚥の危険が大きいものが含まれる

音声又は言語機能の障害

2級	音声又は言語機能に著しい障害を有するもの	発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないもの
----	----------------------	---

3級 障害厚生年金のみ	言語の機能に相当程度の障害を残すもの	話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つもの
----------------	--------------------	--

障害手当金 厚生年金保険のみ	言語の機能に障害を残すもの	話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つもの
-------------------	---------------	---

※ 構音障害又は音声障害、失語症、聴覚障害による障害が含まれる



《聴覚、鼻腔、平衡機能そしゃく、嚥下機能、言語機能の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

(平成27年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
また、診療回数は、現症日前1年間に
おける診療回数を入力してください。
なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。

(変更)

⑩(1)欄 聴力レベル
聴力レベルは、4分法により算出して
ください。
聴覚の障害で障害年金を受給していない方(※)に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合には、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の聴覚的聴力検査又はそれに相当する検査(遅延側音検査、ロンバルテスト、ステンゲルテストなど)の結果を記入し、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
※聴覚の障害で既に障害年金を受給している方は不要なので、本人に確認してください。

③欄 初めて医師の診療を受けた日
この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑩(1)欄 最良語音明瞭度
両耳の平均純音聴力値が「90デシベル未満」の場合は、「最良語音明瞭度」を記載してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

日本年金機構
Japan Pension Service

裏面

(新設)

⑩(5)ア欄 会話による意思疎通の程度
「音声又は言語機能の障害」がある場合は、記入してください。
【構音障害、音声障害、聴覚障害による障害】
患者の「話すこと」の制限の程度について、該当するものを選んで記入してください。
【失語症】
患者の「話すこと」や「聞いて理解すること」の制限の程度について、該当するものを選んで記入してください。

(新設)
⑩(5)イ欄 発音不能な語音
構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。
発音に関する検査を行った場合は、右の右のかっこ内に記入してください。また、必要に応じて、検査結果表を添えてください。

(新設)
⑩(5)ウ欄 失語症の障害の程度
失語症がある場合に、記入してください。
失語症に関する検査を行った場合は、右の右のかっこ内に記入してください。また、必要に応じて、検査結果表を添えてください。

⑫欄 予後
診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

⑬欄 備考
本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

病院または診療所の名称だけではなく、所在地も忘れずに記入してください。

⑪欄 現症時の日常生活活動能力及び労働能力
現症時の日常生活活動能力については、介助が必要かどうか、また、労働能力についても必ず記入してください。



国民年金
厚生年金保険

診断書

(聴覚・鼻腔機能・平衡機能
そしゃく・嚥下機能
音声又は言語機能の障害用)

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女																
住所		住所地の郵便番号	都道府県		都市区																			
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診本 療入 録の で申 立日	認 定																
	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成	年	月	日	診本 療入 録の で申 立日	認 定																
④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往症		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)																				
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合		治った日		平成	年	月 日 確認																
		傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込 有・無・不明																				
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																								
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項		診療回数	年間		回、	月平均	回																	
		手術歴	喉頭全摘・その他の手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)																					
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日 現症)																								
(1) 聴覚の障害		オーディオグラム			語音明瞭度曲線																			
<table border="1"> <tr><td colspan="4">聴力レベル</td></tr> <tr><td>右</td><td>dB</td><td>左</td><td>dB</td></tr> <tr><td colspan="4">最良語音明瞭度</td></tr> <tr><td>右</td><td>%</td><td>左</td><td>%</td></tr> </table>		聴力レベル				右	dB	左	dB	最良語音明瞭度				右	%	左	%							
聴力レベル																								
右	dB	左	dB																					
最良語音明瞭度																								
右	%	左	%																					
所見		〔聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。〕																						
(2) 鼻腔機能の障害		(3) 平衡機能の障害			(4) そしゃく・嚥下機能の障害																			
ア 鼻軟骨の欠損 1 一部分 2 大部分 3 全部 イ 鼻呼吸障害の有無 1 無 2 有		ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である。 2 不安定である。 3 不可能である。 イ 開眼での直線10m歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。 ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見			ア 機能障害 イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない。 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下機能が十分でないため食事が制限される。 3 全粥、軟菜以外は摂取できない。 4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにゾンド栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他()																			

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 本文の欄は、記入漏れがないように記入してください。



(5) 音声又は言語機能の障害	
ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）	
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。	3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。
2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。	4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。
イ 発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）	
I 4種の語音（該当するもの1つを○で囲んでください。）	II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）
口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
軟口蓋音（か行音、が行音等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）	
I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するもの1つを○で囲んでください。）	II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）
単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、木）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
長文の発話（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
単語の理解（例：単語の呼称と同じ）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
短文の理解（例：短文の発話と同じ）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
長文の理解（例：長文の発話と同じ）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

8. 特別児童扶養手当

20歳未満で、精神又は身体に障害を有する児童について支給される手当である。

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなくても記載できる。

聴覚の障害

1級	両側100dB以上
	両側90dB以上
2級	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの 両耳80dB以上 かつ 最良語音明瞭度30%以下

※ 4分法平均で算出 $(500\text{Hz} + 1000\text{Hz} \times 2 + 2000\text{Hz}) \div 4$

※ 105dBルールは不要 実測値で計算

※ 乳幼児の認定に際しては、ABR又はASSRおよびCORを組み合わせ
て検査する

平衡機能の障害

	閉眼で起立・立位保持が不能
2級	平衡機能に著しい障害を有するもの 開眼で直線を歩行中に10m以内に転倒あるいは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ない程度のも

※ 四肢体幹に器質的異常がない場合に上記の基準を満たすものが該当する



そしゃく・嚥下機能の障害

2級

そしゃくの機能を欠くもの

流動食以外は摂取できないもの、経口的に食物を摂取することができないもの、及び、経口的に食物を摂取することが極めて困難なもの（食餌が口からこぼれ出るため常に手、器物等でそれを防がなければならないもの、または、一日の大半を食事に費やさなければならない程度のもの）

※ 歯、顎（顎関節も含む。）、口腔（舌、口唇、硬口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭、食道等の器質的、機能的障害（外傷や手術による変形、障害も含む。）により食物の摂取が困難なもの、あるいは誤嚥の危険が大きいものが含まれる

音声又は言語機能の障害

2級

音声又は言語機能に著しい障害を有するもの

発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないもの

※ 構音障害又は音声障害、失語症、聴覚障害による障害が含まれる



様式第2号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住 所	住所地の郵便番号 (-)	都道 府県	都市 区		
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生日	平成 年 月 日	診療録で確認 本人の申立て	
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日	診療録で確認 本人の申立て	
④ 傷病の原因又は 誘因		⑤ 既存 障害		⑥ 既往歴	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合……治った日 平成・令和 年 月 日 (推定 ・ 確認)			
		傷病が治っていない場合……症状のよくなる見込み 有 ・ 無 ・ 不明			
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (平成・令和 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項			診療回数	年間 回、月平均 回	
			手術 歴	喉頭全摘・その他の手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)	
⑩ 障 害 の 状 態 (令和 年 月 日現症)					
(1)聴覚の障害		オーディオグラム		語音明瞭度曲線	
検査年月及び日	オーディオメータ	右	dB	左	dB
	()	右	dB	左	dB
	()	右	dB	左	dB
	()	右	dB	左	dB
		最良語音明瞭度			
年月日	右	%	左	%	
所見 []					
(2)平衡機能の障害			(3)そしゃく・嚥下機能の障害		
ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である 2 不安定である 3 不可能である			ア 機能障害		
イ 開眼での直線の10mの歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよるめいたりするが、どうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよるめいて、歩行を中断せざるを得ない。			イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 (身長 cm、 体重 kg)		
ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見			ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が制限される。 3 全粥、軟菜以外は摂取できない 4 経口摂取のみでは十分な栄養ができないためにソノデ栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他()		



(4) 音声又は言語機能の障害	
ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)	
<p>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とも成立する。</p> <p>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</p>	<p>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</p> <p>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</p>
イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)	
<p>I 4種の語音(該当するものにチェックをつけてください。)</p> <p>口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等)</p> <p style="text-align: center;">1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> <p>歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等)</p> <p style="text-align: center;">1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> <p>歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <p style="text-align: center;">1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> <p>軟口蓋音(か行音、が行音等)</p> <p style="text-align: center;">1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p>	<p>II 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)	
<p>I 音声言語の表出及び理解の程度(該当するものにチェックをつけてください。)</p> <p>単語の呼称(単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水)</p> <p style="text-align: center;">1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>短文の発話(2~3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる)</p> <p style="text-align: center;">1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>長文の発話(4~6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた)</p> <p style="text-align: center;">1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>単語の理解(例: 単語の呼称と同じ)</p> <p style="text-align: center;">1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>短文の理解(例: 短文の発話と同じ)</p> <p style="text-align: center;">1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>長文の理解(例: 長文の発話と同じ)</p> <p style="text-align: center;">1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p>	<p>II 失語症に関する検査結果(標準失語症検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
⑪ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。
 病院又は診療所の名称
 所 在 地

令和 年 月 日
 診療担当科名
 医 師 氏 名

9. 特別障害者手当

20歳以上で、精神又は身体に著しく重度の障害を有し、日常生活において常時特別の介護を必要とする特別障害者に支給される手当である。

単独の障害では認定されず、2つ以上の障害を持つ場合に認定される。

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなくても記載できる。

聴覚	両側100dB以上	※ 障害年金を受給しておらず、身体障害者手帳も取得していない場合、ABR等の検査の結果を記載し、コピーを添付する
	両側90dB以上	
平衡機能	平衡機能の極めて著しい障害	閉眼で起立不能又は開眼で直線を歩行中に10メートル以内に転倒あるいは著しくよろめき、手すりによる歩行のみが可能なもの
そしゃく	そしゃく機能を失ったもの	歯を用いて食物をかみくだくことが不能であることによって流動食以外は摂取できないもの、食餌が口からこぼれ出るため常に手、器物等でそれを防がなければならないもの、又はそしゃく機能障害若しくは嚥下困難のため、1日の大半を食事についやさなければならない程度のもの
音声・言語	音声又は言語機能を失ったもの	発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないもの

※ 4分法平均で算出 $(500\text{Hz} + 1000\text{Hz} \times 2 + 2000\text{Hz}) \div 4$

※ 105dBルール適用（100dBで応答がない場合、105dB以上で応答があった場合は、いずれも105dBとして計算する）



特別障害者手当認定診断書 〔 聴覚、平衡機能、そしやく、
音声又は言語機能 障害用 〕

① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
③ 住所	④ 障害の原因となった傷病名			
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)	⑥ 傷病発生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有(年後) ・ 無	

<p>⑨ 聴力検査成績(純音聴力)</p> <p style="text-align: center;">聴力レベル</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td style="text-align: center;">500</td><td style="text-align: center;">1000</td><td style="text-align: center;">2000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(dB値で記入)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">250 500 1000 2000 4000 Hz</p> <p>所見 ([聴覚の障害により、障害年金を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳も取得していない者に対し、令 別表第二に該当する診断を行う場合には、ABR検査(聴性脳幹反応検査)等の検査を実施し、 検査方法及び検査所見を記入してください。])</p>		500	1000	2000	右				左				-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						<p>⑩ 平衡機能障害</p> <p>(イ) 閉眼起立 (可能・不能)</p> <p>(ロ) 10m歩行 (可能・不能) (手すり等は使用しない)</p> <p>⑪ そしやく機能障害</p> <p>(イ) 流動食以外の摂取 (可能・不能)</p> <p>(ロ) 食餌が常に口からこぼれ出る (出る・出ない)</p> <p>(ハ) 一日の大半を食事に要する (要する・要しない)</p>
	500	1000	2000																																																																																		
右																																																																																					
左																																																																																					
-10																																																																																					
0																																																																																					
10																																																																																					
20																																																																																					
30																																																																																					
40																																																																																					
50																																																																																					
60																																																																																					
70																																																																																					
80																																																																																					
90																																																																																					
100																																																																																					

⑫ 音声言語機能障害

ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)

1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。	3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。
2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるもの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。	4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。

イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)

I 4種の語音(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)	II 発音に関する検査結果 (語音発語明瞭度検査など)
口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等)	[]
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等)	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等)	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
軟口蓋音(か行音、が行音等)	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	

ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)

I 音声言語の表出及び理解の程度(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)	II 失語症に関する検査結果(標準失語症検査など)
単語の呼称(単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水)	[]
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
短文の発話(2~3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる)	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
長文の発話(4~6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた)	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
単語の理解(例: 単語の呼称と同じ)	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
短文の理解(例: 短文の発話と同じ)	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
長文の理解(例: 長文の発話と同じ)	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	

エ その他の所見
喉頭全摘・その他の手術 (手術名:) 手術年月日: 平成 年 月 日

⑬ 備考

上記のとおり、診断します。
令和 年 月 日
病院又は診療所の名称
所在地
診療担当科名 医師氏名

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

10. 障害児福祉手当

20歳未満の重度障害児に対して支給される手当である。

耳鼻咽喉科領域では、聴覚障害が対象となる。

診断書は、身体障害者福祉法15条指定医でなくても記載できる。

両耳の聴力が補聴器を用いても 音声を識別することができない 程度のもの	両側100dB以上 かつ 重度難聴用の補聴器を用いても全く 音声を識別できない程度のもの
---	--

※ 500、1000、2000Hz全ての周波数が100dB以上の場合に該当する

※ 特別児童扶養手当を受給しておらず、身体障害者手帳も取得していない場合、ABR等の検査の結果を記載し、コピーを添付する

※ 人工内耳装用児においては、人工内耳を用いても全く音声を識別できない程度である場合に認定する

様式第2号

(表 面)

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)

① (ふりがな) 氏名	-----	男・女	② 生年月日	平成 令和	年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因と なった傷病名		
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)	⑥ 傷病発生 年月日	平成 令和	年 月 日	
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	平成 令和	年 月 日	⑧ 将来再認定 の要	有(年後) ・ 無	

現 症	⑨ 聴力検査成績 (1) 純音聴力 聴力レベル <table border="1"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (dB値で記入)		500	1000	2000	右				左				dB 	(2) 最良語音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %
		500	1000	2000											
右															
左															
所見	⑩ 重度難聴用の補聴器の使用効果 全く音声を識別できない程度に……………														

⑩ 重度難聴用の補聴器の使用効果	1 該当する 2 該当しない
------------------	-------------------

⑪ 備考	
------	--

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

医師氏名

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

11. 自立支援医療（更生医療・育成医療）

障害を除去・軽減する医療のため、医療費を公費負担する制度である。

更生医療：18歳以上 身体障害者手帳を持つ者

育成医療：18歳未満 身体に障害を有する児※

※ 身体障害者手帳を持つ児または医療を行わなければ同程度の障害を残すと認められる児（身体障害者手帳の所持は必須ではない）

手術等の治療により確実に効果が期待できるものが対象となる。

例: 聴覚障害 感音難聴 ⇒ 人工内耳植込術

中耳奇形 ⇒ 鼓室形成術

鼓膜穿孔 ⇒ 穿孔閉鎖術

言語障害 口蓋裂 ⇒ 形成術、歯科矯正

有効期間は原則として3か月である。

診断書は、指定自立支援医療機関において、更生医療・育成医療を主として担当する医師が記載する。

例: 指定自立支援医療機関 ⇒ 新潟大学医歯学総合病院

主として担当する医師 ⇒ 堀井 新

指定自立支援医療機関

新潟市

<https://www.city.niigata.lg.jp/smph/iryo/shofuku/iryoyou/jiritusien.html>



新潟県

<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/shougai Fukushi/1235678517541.html>



◎ 更生医療 意見書記載例

自立支援医療（更生医療）意見書

本人氏名	新潟 太郎	男 女	生年 月日	1965年 9月 17日
本人住所	〇〇市 △△ X-XX-X			
病名	両側感音難聴			
不自由の状況	上記のため、補聴器装用でも会話困難			
医療実施の 具体的内容	人工内耳植込術			
	医療 見込期間	入院期間 7日間 通院回数ならびに期間 10回 85日間 訪問看護予定回数ならびに期間 回 日間	通算 92 日	
医療 概算額	入院医療費	円	計	円
	通院医療費	円		
訪問看護等	円			
医療開始 予定年月日	2022年 11月 25日 開始 ・ 2023年 2月 24日 終了			
医療後における 障害の回復状況 の見込	あり	身体 障害 者手 帳	術前等級 2 級	項
	医療開始日より前の日付		術後等級 2 級	項

医療費等については、医事課に
記載を依頼する

期間は原則3か月

入院日

上記のとおり診断し、医療費を概算します。

2022年 11月 7日

新潟大学医歯学総合病院

耳鼻咽喉・頭頸部外科

指定自立支援医療機関で更生
医療を主として担当する医師

当医療機関名
当医師名

堀井 新



医療費等については、医事課に記載を依頼する

医療費概算額内訳書

医療費 算定額 月別	手術料 円	投薬 注射料 円	処置料 円	検査料 円	基本 治療 円	入院料 円	訪問 看護 円	その他 円	合計 円
第1月									
第2月									
第3月									
第4月									
第5月									
第6月									
第7月									
第8月									
第9月									
第10月									
第11月									
第12月									
合計									
備考									



◎ 育成医療 意見書記載例

別記様式第2号

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ	ニイガタ タロウ	年齢	1 歳	2021年 9 月 7 日
受診者氏名	新潟 太郎			
受診者住所	〇〇市 △△ X-XX-X			

病 名	両側先天性難聴	発症年月日	2021年 9 月 7 日
-----	---------	-------	---------------

障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他内臓障害 (10)免疫機能障害
	不自由の状況 (現在または今後予想される身体機能障害について、具体的に記載してください) 上記のため、補聴器装用でも会話聴取できず、言語獲得困難

医療の具体的方針	人工内耳植込術	入院日	期間は原則3か月
----------	---------	-----	----------

治療見込期間	治療予定期日	2022年 11月 25日から2023年 2月 24日まで
入院治療期間	7 日間	} 通算 92 日間
通院治療回数並びに期間	10回 85 日間	
訪問看護予定回数並びに期間	回 日間	

医療費概算額	入院治療費 円	} 計 円
	通院治療費 円	
	訪問看護等 円	

移送費見込額	円
--------	---

医療費及び移送費合計額	円
-------------	---

治療後における障害の回復状況の見込	あり
-------------------	----

上記のとおり診断し、その費用及び移送費を概算いたします。

2022年 11月 7 日

医療開始日より前の日付

医療費等については、医事課に記載を依頼する

指定自立支援医療機関で育成医療を主として担当する医師

指定自立支援医療機関名 新潟大学医歯学総合病院
所在地・電話番号 新潟市中央区旭町通1-754 025-223-6161
科名・担当医師名 耳鼻咽喉・頭頸部外科 堀井 新

12. 参考法令等

身体障害者手帳

身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）

身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）

身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai/ishahukushi/shougaiishatechou/index.html
（厚生労働省）

スキャン
または
クリック



補装具費支給意見書

補装具費支給事務取扱指針

補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に

関する基準

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai/ishahukushi/yogu/index.html
（厚生労働省）



障害者総合支援法の対象疾病（難病等）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai/ishahukushi/hani/index.html
（厚生労働省）



障害年金

障害認定基準

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/ninteikijun/index.html>
（日本年金機構）



診断書記載要領

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/todokesho/shougai/shindansho/20140421-17.html>
（日本年金機構）



スキャン
または
クリック



特別児童扶養手当

特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表
第3における障害の認定要領

<https://www.city.niigata.lg.jp/smph/iryo/shofuku/teate/teate/tokubetsu.html>
(新潟市)



特別障害者手当、障害児福祉手当

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準

<http://www.city.niigata.lg.jp/iryo/shofuku/teate/teate/syogai.html>
(新潟市)



自立支援医療（更生医療・育成医療）

自立支援医療費支給認定実施要綱

別紙2 育成医療

別紙3 更生医療

<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/shougai Fukushi/jiritusieniryoutuuti.html>
(新潟県)



指定自立支援医療機関

新潟市

<https://www.city.niigata.lg.jp/smph/iryo/shofuku/iryou/jiritusien.html>
(新潟市)



新潟県

<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/shougai Fukushi/1235678517541.html>
(新潟県)





13. 備考

この手引きは、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 新潟県地方部会の会員が各種の福祉関連書類を作成する際の参考とするためのものであり、他の目的には使用しないこと。

履歴

1989年11月	福祉の手引き	初版発行
2006年9月	福祉の手引き	改訂版発行
2009年10月	福祉の手引き	改訂第3版発行
2022年9月	福祉の手引き	2022年版発行（冊子、PDF）

編集

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 新潟県地方部会