

第6号様式(1) 身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく障害用)

(第9条関係)

氏名				生年月日	年 月 日 ()歳	性別	男・女	
住所					TEL			
①障害名(部位を明記)								
注意 1	障害名には以下の()内の具体的な障害名(部位を明記)を記載してください。 例)視覚障害(両眼失明・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害(両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害(中枢性平衡失調等)、音声機能障害(喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害(ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害(右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害(右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害(上肢・移動)、内部障害(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等)を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」							
②原因となった疾病・外傷名				交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 疾病、先天性、その他()				
注意 2	疾病・外傷名には、視覚障害(緑内障等)、聴覚・平衡機能障害(先天性難聴・メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害(咽頭腫瘍・脳血管疾患等)、肢体不自由(脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等)、内部障害(心室中隔欠損・慢性腎炎・肺気腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等)の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」							
③疾病・外傷発生日		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								
【将来再認定 : 要(軽度化・重度化)(再認定の時期 年 月 日)・不要】								
⑥その他参考となる合併症状								
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載すること] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に								
						内訳(肢体・脳原性要記載)		
						右	左	両
・ 該当する (級相当)						上肢	級	級
・ 該当しない						下肢	級	級
						体幹	級	脳原 移動 級
上記のとおり診断する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 _____ 科 医師氏名 _____								
注意 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、「歯科医師による診断書・意見書」(第6号様式(15))を添付してください。 4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等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・言語又はそしゃく機能障害の状態及び所見

〔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のレベル)

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
オーディオメーターの型式

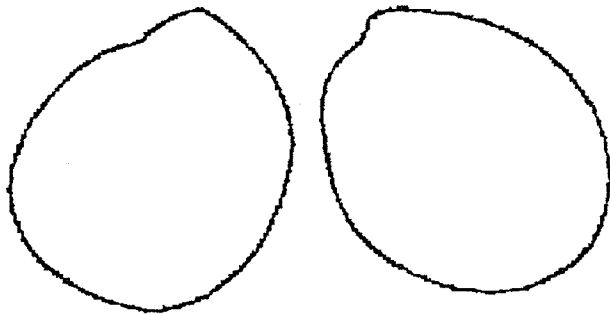
(2)障害の種類

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

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 (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、JIS規格におけるオージオメータで測定すること。

(聴覚障害に係る身体障害者手帳を所持していない者に対し、2級の診断をする場合には、聴性脳幹反応検査等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施すること。)

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) 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」【第6号様式(15)】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	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 (要 ・ 否)		
(2) 口腔外科的手術 (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。併せて医科の意見を付す。 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		
標榜診療担当科名 歯科医師氏名		