

《聴覚、鼻腔、平衡機能そしゃく、嚥下機能、音声又は言語機能の障害》

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記入してください。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)等の他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。

様式第120号の2

国民年金 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)

厚生年金保険

氏名 (フリガナ) 住所 生年月日 昭和 平成 年 月 日生(歳) 性別 男・女

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 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

④ 傷病の原因又は誘因 ⑤ 既存障害 ⑥ 既往症

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 手術名() 手術年月日(年 月 日)

⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日 現在)

(1) 聴覚の障害

聴力レベル

右 dB 左 dB

最良語音明瞭度

右 % 左 %

オージオグラム

語音明瞭度曲線

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

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

(3) 平衡機能の障害

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。

イ 閉眼での直線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

(4) そしゃく・嚥下機能の障害

ア 機能障害

イ 栄養状態

1 良 2 中 3 不良

ウ 食事内容

1 食事に内容に制限がない。

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、軟食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、経口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()

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。

(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。

(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、日常会話が可能である。 | 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立立つ。 |
| 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、ある程度成立立つ。 | 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、日常会話が可能でない。 |

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。)

口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)	II 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)	
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。)

単語の呼称 (単語の例：家、靴下、自動車、電話、水)	II 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)			
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	
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	

10 現症時の日常生活活動能力及労働能力 (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

(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。

⑪欄 現症時の日常生活活動能力及労働能力

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。

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。