

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (聴覚, 平衡機能, そして, 音声言語機能 障害用)																																																																												
(ふりがな) 氏 名	男・女		生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成 年 月 日																																																																								
住 所			障害の原因となつた傷病名																																																																									
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)	傷 病 発 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																																																																									
のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	将来再認定の要	有 (年後) ・ 無																																																																									
現 症	<p>聴力検査成績(純音聴力)</p> <p>(イ) 聴力(新規格) (dB値で記入)</p> <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> <p>(ロ) 聴力(旧規格) (dB値で記入)</p> <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>			500	1000	2000	右				左					500	1000	2000	右				左				平衡機能障害	(イ) 閉眼起立 (可能・不能) (ロ) 10m歩行 (可能・不能) (手すり等は使用しない)																																																
		500	1000	2000																																																																								
右																																																																												
左																																																																												
	500	1000	2000																																																																									
右																																																																												
左																																																																												
	<p>dB</p> <table border="1"> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>250 500 1000 2000 4000 Hz</p>		-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						そして、 やく機能障害	(イ) 流動食以外の摂取 (可能・不能) (ロ) 食餌が常に口からこぼれ出る (出る・出ない) (ハ) 一日の大半を食事にする (要する・要しない)
-10																																																																												
0																																																																												
10																																																																												
20																																																																												
30																																																																												
40																																																																												
50																																																																												
60																																																																												
70																																																																												
80																																																																												
90																																																																												
100																																																																												
	音声言語機能障害	(イ) 音声言語の状態 (喪失・著障・軽障) (ロ) 意志の伝達に身振り, 書字が必要 (要・不要)																																																																										
備考																																																																												
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名</p> <p>医師氏名 印</p>																																																																												

裏面をよく読んでから記入してください。
字は楷書ではつきり書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

注意

- 1 この診断書は、特別障害者手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ・×で答えられる欄は、該当するものを で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによつて記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 の欄のデシベル値は、話声域すなわち周波数 500, 1,000, 2,000 における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 昭和 57 年 8 月 14 日改正後の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は (イ)の聴力レベル(新規格)の欄に記入し、同日改正前の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は (ロ)の聴力損失(旧規格)の欄に記入してください。なお、オーディオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。