

身体障害者診断書・意見書(聴覚機能障害用)

総括表

| | | |
|---|--|-----|
| 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 疾病・外傷名 | 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 | 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 ・ 不要] [再認定の時期 年 月] | | |
| 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、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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 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)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、長野県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 | | |

聴覚機能障害の状態及び所見

1 「聴覚障害」の状態及び所見

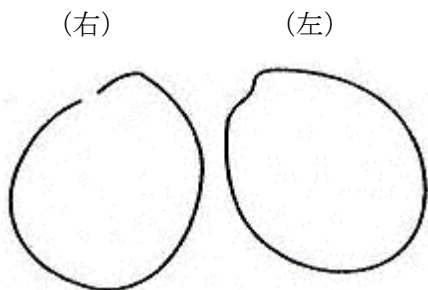
(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

| | |
|---|-----|
| 右 | d B |
| 左 | d B |

(2) 障害の種類

| |
|-------|
| 伝音性難聴 |
| 感音性難聴 |
| 混合性難聴 |

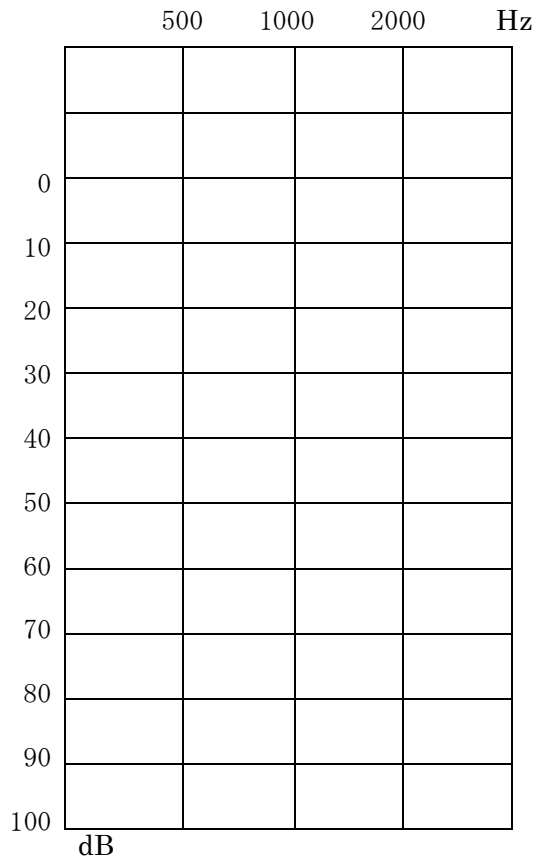
(3) 鼓膜の状態



(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 _____



イ 語音による検査

| | |
|---|---|
| 右 | % |
| 左 | % |

語音明瞭度

(5) ア 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況 有 ・ 無

（注）2級と診断する場合、記載すること。

イ 手帳を所持していない場合で2級と診断する場合、他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査の検査方法及び所見（記録データを添付すること。）

[記入上の注意]

1 聴力障害の認定にあたっては、J I S規格によるオーディオメータで測定することとし、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のうちいずれかの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 「聴覚障害」の他覚的検査に相当する検査とは、遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテスト等である。