様式第120号の2

# 聴 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 郡市区 | | | |
| ①障害の原因となった傷病名 | | ②傷病の発生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | 「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。 | 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日） |
| | | ③①のため初めて医師の診療を受けた日 | 昭和 平成 年 月 日 | | 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日） |
| ④傷病の原因又は誘因 | 初診年月日（昭和・平成 年 月 日） | 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 推定
- 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）

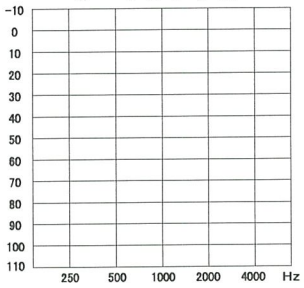
## ⑩障害の状態（平成 年 月 日現症）

(1) 聴覚の障害

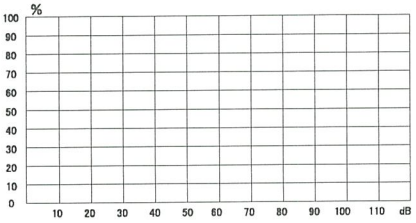
| 聴力レベル | |
|---|---|
| 右 dB | 左 dB |

| 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<br>1 一部分<br>2 大部分<br>3 全部<br>イ 鼻呼吸障害の有無<br>1 無<br>2 有 | ア 閉眼での起立・立位保持の状態<br>1 可能である。<br>2 不安定である。<br>3 不可能である。<br>イ 開眼での直線10m歩行の状態<br>1 まっすぐ歩き通す。<br>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。<br>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。<br>ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見 | ア 機能障害<br>イ 栄養状態<br>1 良 2 中 3 不良<br>（身長 cm、体重 kg）<br>ウ 食事内容<br>1 食事内容に制限がない。<br>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。<br>3 全粥、軟菜以外は摂取できない。<br>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デ栄養の併用が必要である。<br>5 流動食以外は摂取できない。<br>6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。<br>7 経口的に食物を摂取することができない。<br>8 その他（ ） |

（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）太文字の欄は、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。

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。

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。

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。）

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

Ⅱ 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）

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）

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

Ⅱ 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）

| | |
|---|---|
| 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

# 聴覚、鼻腔機能、平衡機能、そしゃく、嚥下機能、言語機能の障害用　診断書

**記 入 上 の 注 意**

1　この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から１年６月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から１年６月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、６５歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

［　また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。］

2　③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、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。

3　⑨の欄の「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。）

4　「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑩の欄の「(1)　聴覚の障害」の測定結果は、過去３か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。

(3) ⑩の(1)の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。

①　「聴力レベル値」は、オージオメータにより測定してください。

②　「聴力レベル値」は、$\dfrac{a+2b+c}{4}$ により算出してください。

a：　周波数　500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

b：　周波数　1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

c：　周波数　2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

(4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。

なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法により行ってください。

(5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、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100デシベル以上の診断を行う場合については、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、ロンバールテスト、ステンゲルテストなど）を行い、その結果（検査方法及び検査所見）を記入してください。また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。

なお、聴覚の障害で既に障害年金を受給している人は記入等は不要ですので、本人に確認してください。

(6) ⑩の(5)の欄の「イ　発音不能な語音」は、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、その検査結果を「Ⅱ　発音に関する検査結果」欄に記入してください。

(7) ⑩の(5)の欄の「ウ　失語症の障害の程度」は、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、その検査結果を「Ⅱ　失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。