

| | |
|-----|------------|
| 資料3 | 専門家会合（第3回） |
| | 平成26年9月8日 |

診断書の事務局見直し案
(たたき台)



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・嚥下機能の障害用
言語機能)

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| (フリガナ) 氏名 | | 昭和 平成 年 月 日生 (歳) | | 男 ・ 女 | |
| 住所 | | 住所地の郵便番号 | | 郡市区 町区 村 | |
| 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 | | 診療録で確認 本人の申立て (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 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 | | ⑤ 既存 障害 | | ⑥ 既往症 | |
| 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日) | | | | | |
| 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 | | オーディオグラム | | 語音明瞭度曲線 | |
| 聴力レベル | | -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 | | 100 % 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 | |
| 右 dB 左 dB | | 250 500 1000 2000 4000 Hz | | 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 dB | |
| 最良語音明瞭度 | | | | | |
| 右 % 左 % | | | | | |
| (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 1 一部分 2 大部分 3 全部 イ 鼻呼吸障害の有無 1 無 2 有 | | 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 開眼での直線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、 どうにか歩き通す。 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 | | ア 機能障害 イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 (身長 cm、体重 kg) 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、軟菜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 ためにゾンデ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 [] | |

「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。

(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 | |
| <p>ア 会話状態 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)</p> <p>1 患者は、話すこと、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。</p> <p>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断片的に成り立つ。</p> <p>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。</p> <p>4 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、日常会話が誰とも成立する。</p> | <p>イ 音声言語の表出及び理解の程度 ※失語症の方について、記載してください。 (該当するものにチェックしてください。)</p> <p>1 単語の呼称 (例 : 家/靴下/自動車/電話/水) <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおむねできる <input type="checkbox"/>あまりできない <input type="checkbox"/>できない</p> <p>2 短文の発話 (2~3文節程度、例:女の子が本を読んでいる) <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおむねできる <input type="checkbox"/>あまりできない <input type="checkbox"/>できない</p> <p>3 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) <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおむねできる <input type="checkbox"/>あまりできない <input type="checkbox"/>できない</p> <p>4 単語の理解 (例:1と同じ) <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおむねできる <input type="checkbox"/>あまりできない <input type="checkbox"/>できない</p> <p>5 短文の理解 (例:2と同じ) <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおむねできる <input type="checkbox"/>あまりできない <input type="checkbox"/>できない</p> <p>6 長文の理解 (例:3と同じ) <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>おおむねできる <input type="checkbox"/>あまりできない <input type="checkbox"/>できない</p> |
| <p>ウ 発音不能な語音 ※構音障害又は音声障害の方について記載してください。</p> <p>I 4種の語音 (該当する項目にチェックをつけてください。)</p> <p>1 口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等) <input type="checkbox"/>全て発音できる <input type="checkbox"/>一部発音できる <input type="checkbox"/>発音不能</p> <p>2 歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ら行音等) <input type="checkbox"/>全て発音できる <input type="checkbox"/>一部発音できる <input type="checkbox"/>発音不能</p> <p>3 歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等) <input type="checkbox"/>全て発音できる <input type="checkbox"/>一部発音できる <input type="checkbox"/>発音不能</p> <p>4 軟口蓋音 (か行音、が行音等) <input type="checkbox"/>全て発音できる <input type="checkbox"/>一部発音できる <input type="checkbox"/>発音不能</p> <p>II 発音に関する検査成績 (語音発語明瞭度検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> | |
| <p>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。)</p> | |
| <p>⑫ 予 後 (必ず記入してください。)</p> | |
| <p>備 考</p> | |

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

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、その裁定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がありません。（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、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
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の欄の「イ 音声言語の表出及び理解の程度」は、失語症の方について記載してください。
 - (6) ⑩の欄の「ウ 発音不能な語音」は、構音障害又は音声障害の方について記載してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果をⅡに記載してください。