

資料4	専門家会合（第1回）
	平成26年6月30日

障害年金の診断書（様式第120号の2）



国民年金
厚生年金保険
船員保険

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

氏名 (フリガナ)		昭和 年 月 日生 (歳)		男・女																
住所		住所地の郵便番号	市区町村																	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日	昭和 年 月 日	診療録で確認 本人の申し立て (年 月 日)																
④ 傷病の原因または誘因		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 年 月 日	診療録で確認 本人の申し立て (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																
⑦ 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	手術年月日 (年 月 日)																	
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日 現症)		(船員保険(職務上)の騒音性難聴の場合のオージオグラムの記入に 当たっては、8,000Hzまでの測定結果を裏面に記入してください。)																		
(1) 聴覚の障害		オージオグラム		語音明瞭度曲線																
<table border="1"> <tr><td colspan="4">聴力レベル</td></tr> <tr><td>右</td><td>dB</td><td>左</td><td>dB</td></tr> <tr><td colspan="4">最良語音明瞭度</td></tr> <tr><td>右</td><td>%</td><td>左</td><td>%</td></tr> </table>		聴力レベル				右	dB	左	dB	最良語音明瞭度				右	%	左	%			
聴力レベル																				
右	dB	左	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	(5) 言語(構音・音声)機能の障害 (該当するところに○をつけてください。)																	
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 開眼での直線の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・他覚所見および検査所見	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ノ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 ()	ア 発音不能な語音 1 口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等) 2 歯音、歯擦音(さ行、た行、ら行等) 3 歯擦硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等) 4 軟口蓋音(か行音、が行音等) イ 会話状態 1 日常会話が誰が聞いても理解できる。 2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 4 日常会話が誰が聞いても理解できない。																	
⑪ 現症時の日常生活活動能力および労働能力																				
⑫ 予後 (必ず記入してください)																				
⑬ 備考																				

「診療録で確認」または「本人の申し立て」のどちらかを○で囲み、本人の申し立ての場合は、それを除い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) 大文字の欄および現症年月日は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度およ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

病院または診療所の名称 診療担当科名

所在地 医師氏名 印