

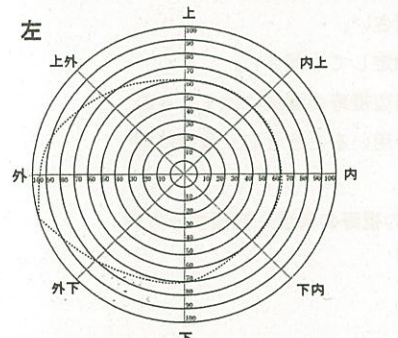
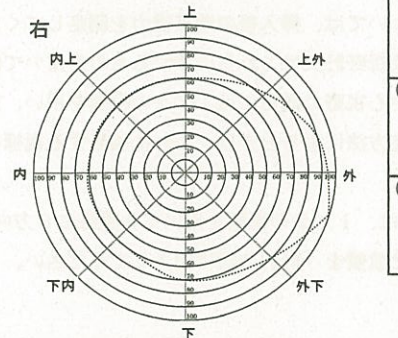
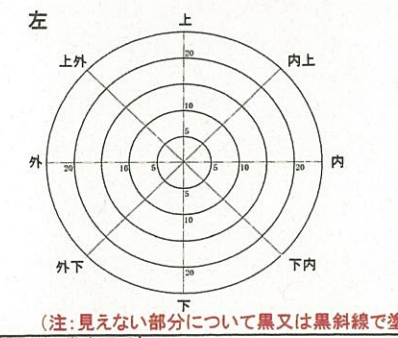
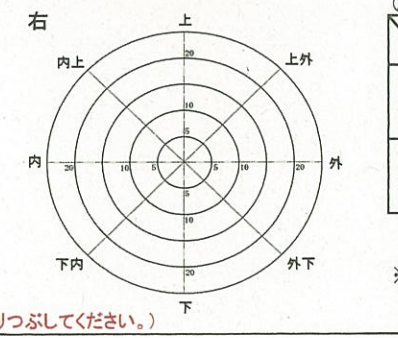
参考資料 2	差引認定基準の見直しに関する 専門家ヒアリング
	平成 29 年 6 月 9 日

障 害 年 金 の 診 断 書

様式第 120 号の1〔眼の障害用〕

様式第 120 号の2〔聴覚の障害用〕

様式第 120 号の3〔肢体の障害用〕

(フリガナ) 氏 名		生年月日 昭和 年 月 日生(歳)		性別 男・女																															
住 所		住所の郵便番号		都道府県 市区																															
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生日月 昭和 年 月 日		診 療 回 数 本人の申請で確認した年月日を記入してください。																															
④ 傷病の原因 又は誘因		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日 昭和 年 月 日		診 療 回 数 本人の申請で確認した年月日を記入してください。																															
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。		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症																															
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時 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 他の参考となる事項		診療回数 年間 回、月平均 回 手術歴 部位 左・右 眼球摘出・その他の手術 手術名(年 月 日)																															
⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現在)																																			
(1) 視 力 (視力測定は標準照度は200ルクスとしてください。)			(3) 所 見																																
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>裸 眼</th> <th>矯 正</th> <th>矯正眼鏡</th> <th></th> </tr> <tr> <td>右 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>左 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> </table>				裸 眼	矯 正	矯正眼鏡		右 眼				D	左 眼				D	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>前眼部所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底所見</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				右	左	前眼部所見			中間透光体所見			眼底所見					
	裸 眼	矯 正	矯正眼鏡																																
右 眼				D																															
左 眼				D																															
	右	左																																	
前眼部所見																																			
中間透光体所見																																			
眼底所見																																			
(2) ① 視 野 ゴールドマン視野計を用いる場合はI/4の視標で測定してください。			(4) 調節機能・輻輳機能・瞳孔																																
左  右 			(5) まぶたの欠損・まぶたの運動																																
②-1 中心視野 ゴールドマン視野計を用いる場合はI/2の視標で測定してください。			(6) 眼球の運動																																
左  右 			②-2 中心視野の角度(I/2の測定値)																																
			<table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>上外</th> <th>外</th> <th>外下</th> <th>下</th> <th>下内</th> <th>内</th> <th>内上</th> <th>計</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> <td>度</td> </tr> </table>				上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計	右	度	度	度	度	度	度	度	度	度	左	度	度	度	度	度	度	度	度	度
	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計																										
右	度	度	度	度	度	度	度	度	度																										
左	度	度	度	度	度	度	度	度	度																										
(注: 見えない部分について黒又は黒斜線で塗りつぶしてください。)			※視野障害がある場合は、左記の(2)①視野と②-1 中心視野に測定結果を記入してください。																																
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																																

「診療録で確認」または「本人の申請で確認」した年月日を記入してください。

(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。

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

(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。

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療日ではなく、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) 視力」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。
- 5 ⑩の欄の(1)視力の「矯正」の欄は、眼科的に最も適正な常用し得る矯正眼鏡又はコンタクトレンズによって得られた視力を記入してください。
なお、眼内レンズを挿入したものについては、挿入後の矯正視力を測定してください。
- 6 視野は、ゴールドマン視野計及び自動視野計又はこれらに準ずるものを用いて測定してください。
ゴールドマン視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／2の視標を用い、周辺視野の測定にはⅠ／4の視標を用いてください。それ以外の測定方法による場合は、これに相当する視標を用いることとし、余白に測定方法を記入してください。
- 7 ⑩の欄の(2)②-2「中心視野の角度」は、Ⅰ／2の視標を用いて各眼毎に8方向の視野の角度を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「計」の欄に記入してください。



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 年 月 日生 (歳)	性別	男・女																
住 所		住所地の郵便番号	都道府県	市区																	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日	昭和 年 月 日	診本 (年 月 日)	療人 (年 月 日)																
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 年 月 日	診本 (年 月 日)	療人 (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																	
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">聴 力 レ ベ ル</th> </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	%																		
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		ア 閉眼での起立・立位保持の状態		ア 機能障害																	
1 一部分		1 可能である。																			
2 大部分		2 不安定である。																			
3 全部		3 不可能である。																			
イ 鼻呼吸障害の有無		イ 開眼での直線10m歩行の状態		イ 栄養状態																	
1 無		1 まっすぐ歩き通す。		1 良 2 中 3 不良																	
2 有		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		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 ()																	

(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。

「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) 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。	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。
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。	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。）	II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）
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	
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。）	II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）
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	
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

肢

診 断 書 (肢体の障害用)

(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		診本 療人 最の 確で 立(日)		認て 立(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		診本 療人 最の 確で 立(日)		認て 立(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 月平均 回	
障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症)		障 害 の 状 態									
⑩ 計 測		身 長		c m		血 圧		最 高		m m H g	
		体 重		k g				最 低		m m H g	
⑪ 変形・切断・離断・知覚麻痺・運動障害		右		左		右		左			
		切 ・ 離断日		平成 年 月 日		× 変形		切 ・ 離断		知覚麻痺	
		創面治ゆ日		平成 年 月 日						運動障害	
		神経 ・ 運動障害		断端の痛み		有 ・ 無		すぐ上の関節の異常		有 ・ 無 (有の場合は⑩欄に記入してください。)	
⑫ 脊柱の障害		脊 柱 の 他 動 可 動 域		随伴する脊髄・根症状などの臨床症状							
		部 位		前 屈		後 屈		右側屈		左側屈	
		頸 部									
		胸腰部									
⑬ 麻 痺		外 観		弛緩性 ・ 痙攣性 ・ 不随意運動性 ・ 失調性 ・ 強剛性 ・ しんせん性							
		起 因 部 位		脳性 ・ 脊髄性 ・ 末梢神経性 ・ 筋性 ・ その他(心因性のもと思われる場合は、その旨記入してください。)							
		種類及びその程度		知覚麻痺(脱失・鈍麻・過敏・異常) 運動麻痺							
		反 射		右		左					
				上 肢		下 肢		バビンスキー反射		その他の病的反射	
		そ の 他		排尿障害		有 ・ 無		排便障害		有 ・ 無	
⑭ 人工骨頭・人工関節の装着の状況		部 位		手術日		平成 年 月 日		⑮ 握 力		右 左	
										k g k g	
⑯ 手足指関節の他動可動域		部 位		母 指		示 指		中 指		環 指	
				屈 曲		伸 展		屈 曲		伸 展	
		中手(足)指節間関節(MP)		右		左		右		左	
		近位指節間関節(PIP)		右		左		右		左	
		(母指では指節間関節)		右		左		右		左	

「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) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

（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。

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。）

（お願い） 関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害		の 状 態		(平成 年 月 日 現在)												
⑩ 関節可動域及び筋力	部 位	運動の種類	右						左							
			関節可動域 (角度)		筋力				関節可動域 (角度)		筋力					
			強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失
⑪ 関節可動域及び筋力	肩 関 節	屈 曲														
		伸 展														
		内 転														
		外 転														
	肘 関 節	屈 曲														
		伸 展														
	前 腕	回 内														
		回 外														
手 関 節	掌 屈															
	背 屈															
股 関 節	屈 曲															
	伸 展															
	内 転															
	外 転															
膝 関 節	屈 曲															
	伸 展															
足 関 節	底 屈															
	背 屈															
⑫ 四肢長及び四肢囲			右						左							
	上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲	上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲				
		cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm			
⑬ 日常生活における動作の障害の程度	補助用具を使用しない状態で判断してください。		一人ですぐできる場合には 「○」 一人でできてもやや不自由な場合には 「○△」 一人でできるが非常に不自由な場合には 「△×」 一人で全くできない場合には 「×」										該当する記号を下欄に記入してください。			
	日常生活における動作		右	左	日常生活における動作		右	左								
	a	つまむ (新聞紙が引き抜けない程度)			m	片足で立つ										
	b	握る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)			n	座る (正座、横すわり、あぐら、脚なげだし)										
	c	タオルを絞る (水をきれる程度)	両手		(このような姿勢を継続する)											
	d	ひもを結ぶ	両手		o	深くおじぎ (最敬礼) をする										
	e	さじで食事をする			p	歩く (屋内)										
	f	顔を洗う (顔に手のひらをつける)			q	歩く (屋外)										
	g	用便の処置をする (スポンの前のところに手をやる)			r	立ち上がる	ア 支持なし でできる	イ 支持があれば できるがやや不自由	ウ 支持があれば できるが非常に不自由	エ 支持があっ てもできない						
	h	用便の処置をする (尻のところに手をやる)			s	階段を上る	ア 手すりなし でできる	イ 手すりがあれば できるがやや不自由	ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	エ 手すりがあっ てもできない						
	i	上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)	両手													
	j	上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)	両手													
k	ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)	両手														
l	靴下を履く (どのような姿勢でもよい)	両手			t	階段を下りる	ア 手すりなし でできる	イ 手すりがあれば できるがやや不自由	ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	エ 手すりがあっ てもできない						
⑭ 補使用用具状況	該当する数字を○で囲み、右のA・イのいずれかの使用状況を選び、()内に記載してください。		使用状況を詳しく記入してください。													
	1 [] 上肢補装具 2 [] 下肢補装具 (左・右) 3 [] 杖 () 4 [] 松葉杖 (左・右) 5 [] 車椅子 6 [] 歩行車 7 [] その他 (具体的に) 8 補助用具は使用していない		[ア 常時 (起床より就寝まで) 使用 イ 常時ではないが使用													
⑮ その他の精神・身体障害の状態																
⑯ 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。)																
⑰ 予 後 (必ず記入してください。)																
⑱ 備 考																

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
所在地

診療担当科名
医師氏名

印