

様式第2号

(表 面)

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|----------------|--|---------------------------|--|-------|--|--|-----|------|------|---|--|--|--|---|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|-----|
| 障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| ① (ふりがな)氏名                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 男・女                        |      | ② 生年月日         |  | 平成令和                      |  | 年 月 日 |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| ③ 住 所                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      | ④ 障害の原因となった傷病名 |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| ⑤ 傷病の原因又は誘因                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 先天性<br>後天性 (疾病・不慮災・労災・その他) |      | ⑥ 傷病発生日 年 月 日  |  | 平成令和                      |  | 年 月 日 |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| ⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 平成令和 年 月 日                 |      | ⑧ 将来再認定の要      |  | 有( 年後)・無                  |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 現 症                                     | ⑨ 聴力検査成績                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |      |                |  | (2) 最良語音明瞭度<br>右 %<br>左 % |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
|                                         | <div><div>(1) 純音聴力聴力レベル</div><table><tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr><tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr></table><div>(dB値で記入)</div><div><div>dB</div><div><table><tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></div><div>250 500 1000 2000 4000 Hz</div></div></div> <div><div>所見</div><div>(聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR検査)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入して下さい。)</div></div> |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  | 500 | 1000 | 2000 | 右 |  |  |  | 左 |  |  |  | -10 |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  | 50 |  |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |  | 70 |  |  |  |  |  | 80 |  |  |  |  |  | 90 |  |  |  |  |  | 100 |
|                                         | 500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1000                       | 2000 |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 右                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 左                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| -10                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 10                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 20                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 30                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 40                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 50                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 60                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 70                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 80                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 90                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 100                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| ⑩ 重度難聴用の補聴器の使用効果                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| 全く音声を識別できない程度に..... { 1 該当する<br>2 該当しない |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |
| ⑪ 備考                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |      |                |  |                           |  |       |  |  |     |      |      |   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |

上記のとおり、診断します。

令和 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

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

注 意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当(福祉手当)の受給資格を認定するための資料の一つです。  
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。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。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。  
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オーディ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を実施し、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、オーディオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件詮索反応検査)を組み合わせ実施し、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。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。  
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 7 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。