

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	明治 大正 昭和 平成	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 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)	⑥ 傷病発生 年月日	昭和 平成	年 月 日
⑦	④のため初め て医師の診断 を受けた日	昭和 平成	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 右 _____ % 左 _____ %																																																																																														
	(1) 純音聴力 (イ) 新規格 (ロ) 旧規格 (損失)	<table border="1"> <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> (dB値で記入)			500	1000	2000	右				左				<table border="1"> <tr><td>d</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>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> <tr><td></td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000 Hz</td></tr> </table>	d						-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100							250	500	1000
	500	1000	2000																																																																																															
右																																																																																																		
左																																																																																																		
d																																																																																																		
-10																																																																																																		
0																																																																																																		
10																																																																																																		
20																																																																																																		
30																																																																																																		
40																																																																																																		
50																																																																																																		
60																																																																																																		
70																																																																																																		
80																																																																																																		
90																																																																																																		
100																																																																																																		
	250	500	1000	2000	4000 Hz																																																																																													

⑩ 高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  
2 該当しない

⑪ 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

㊞

◎裏面をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではっきりと書いてください。

(裏面)

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おそ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、別に紙片をはり付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、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 4 現症欄のデシベル値は、話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 昭和57年8月14日改正後のJIS規格又はこれに準ずるオーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(1)(イ)の聴力レベル(新規格)の欄に記入し、同日改正前のJIS規格又はこれに準ずるオーディオメータで測定した場合は⑨(1)(ロ)の聴力損失(旧規格)の欄に記入してください。なお、オーディオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。
- 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。