

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 障害の原因となつた傷病名																																																																																																																								
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のためはじ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 (1) 純音聴力 (イ) 聴力レベル(新規格) (ロ) 聴力損失(旧規格)			(2) 最良語音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %																																																																																																																						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">500</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1000</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">右</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">左</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(dB 値で記入)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">500</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1000</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">右</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">左</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(dB 値で記入)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 5px;">dB</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">-10</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> </table> <div style="margin-left: 5px;">250 500 1000 2000 4000 Hz</div> </div>					500	1000	2000	右				左					500	1000	2000	右				左				-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100					
	500	1000	2000																																																																																																																							
右																																																																																																																										
左																																																																																																																										
	500	1000	2000																																																																																																																							
右																																																																																																																										
左																																																																																																																										
-10																																																																																																																										
0																																																																																																																										
10																																																																																																																										
20																																																																																																																										
30																																																																																																																										
40																																																																																																																										
50																																																																																																																										
60																																																																																																																										
70																																																																																																																										
80																																																																																																																										
90																																																																																																																										
100																																																																																																																										
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 (印)																																																																																																																										

◎ 裏面をよく読んでから記入して下さい。
 ◎ 字は楷書ではっきり書いて下さい。

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、記入事項に不明の点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。

2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。

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じめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。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下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。

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 J I S 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(イ)の聴力レベル(新規格)の欄に記入し、同日改正前の J I S 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(ロ)の聴力損失(旧規格)の欄に記入して下さい。

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下さい。

6 最良語音明瞭度の検査は、オーディオロジー学会で定めた方法によって下さい。

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下さい。

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、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入して下さい。