様式第１０号

（表　　面）

特別障害者手当認定診断書（聴覚、平衡機能、そしゃく、音声又は言語機能障害用）

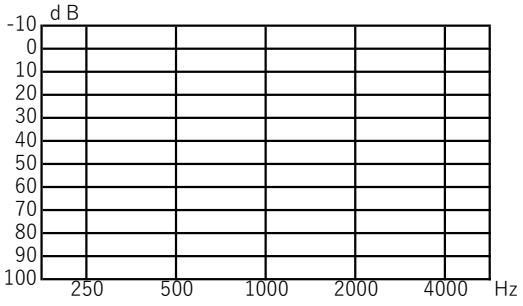
①（ふりがな）氏名	男・女	②　生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
③　住所		④　障害の原因となった傷病名	
⑤　傷病の原因又は誘因	先天性 後天性　（疾病　・　不慮災　・　労災　・　その他）	⑥　傷病発生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
⑦　④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和・平成・令和　年　月　日	⑧　将来再認定の要	有（　　年後）　・　無

⑨　聴力検査成績（純音聴力）

聴力レベル

	500	1000	2000
右			
左			

（dB値で記入）



所見　（聴覚の障害により、障害年金を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳も取得していない者に対し、今別表第二に該当する診断を行う場合には、ABR検査（聴性脳幹反応検査）等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。）

⑩平衡機能障害

（イ）閉眼起立
（可能・不能）

（ロ）１０ｍ歩行
（可能・不能）
（手すり等は使用しない）

⑪そしゃく機能障害

（イ）流動食以外の摂取
（可能・不能）

（ロ）食餌（じ）が常に口からこぼれ出る
（出る・出ない）

（ハ）一日の大半を食事に要する
（要する・要しない）

⑫音声言語機能障害

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。

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。

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。

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（該当するものを選んでどれか１つを○で囲んでください。）

口唇音（ま行音、ぱ行音、ば行音等）
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

Ⅱ　発音に関する検査結果　（語音発語明瞭度検査など）

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（該当するものを選んでどれか１つを○で囲んでください。）

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

Ⅱ　失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）

エ　その他の所見
喉頭全摘・その他の手術　（手術名：　　）　手術年月日：令和　年　月　日

⑬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。

（裏　　面）

注　　意

1　この診断書は、特別障害者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　⑨の欄のデシベル値は、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　⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金又は身体障害者手帳を取得していない者については、オージ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、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　⑫の欄の「イ　発音不能な語音」は、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。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「II　発音に関する検査結果」欄に記入してください。

7　⑫の欄の「ウ　失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「II　失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

8　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。