

(様式第3号)

# 身体障害者診断書・意見書（聴覚障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男女
住所		
①障害名（部位を明記）		
②原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤総合所見		
[将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要] [再認定の時期 年 月 ]		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日		
病院又は診療所の名称 所在地	診療担当科名	科 医師氏名 印 電話（ ）
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

聴覚障害の状況及び所見 (全葉2枚中1枚目)

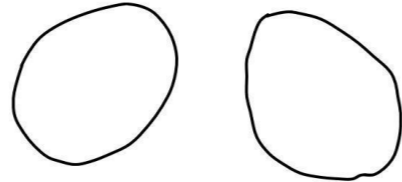
1. 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力 (会話音域の平均聴力のレベル)

右	d B
左	d B

(3) 鼓膜の状況

(右) (左)



(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(4) 聴力検査の結果 (ア又はイのいずれかを記入する。)

ア. 純音による検査

オーディオメーターの型式

\_\_\_\_\_

イ. 語音による検査

右	%以下
左	%以下

(5) 身体障害者手帳 (聴覚障害) の所持状況

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

有 ・ 無

聴力レベル

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				

聴力の検査結果を元に次の算式を使用し聴力レベルを算出すること。

$$\begin{aligned}
 & \frac{500\text{Hzの結果} \text{ d B} + 1000\text{Hzの結果} \text{ d B} \times 2 + 2000\text{Hzの結果} \text{ d B}}{4} \\
 & = \boxed{\phantom{00}} \text{ d B} \\
 & \frac{500\text{Hzの結果} \text{ d B} + 1000\text{Hzの結果} \text{ d B} \times 2 + 2000\text{Hzの結果} \text{ d B}}{4} \\
 & = \boxed{\phantom{00}} \text{ d B}
 \end{aligned}$$

聴覚障害の状況及び所見 (全葉2枚中2枚目)

2. 障害程度の等級 (該当するものを○で囲むこと。)

- 両耳の聴力レベルが、それぞれ100dB以上 (両耳全ろう) (2級相当)
- 両耳の聴力レベルが、それぞれ 90dB以上 (耳介に接しなければ大声語を理解できない) (3級相当)
- 両耳の聴力レベルが、それぞれ 80dB以上 (耳介に接しなければ話声語を理解できない) (4級相当)
- 両耳による普通話声の語音明瞭度が50%以下 (4級相当)
- 両耳の聴力レベルが、それぞれ 70dB以上 (6級相当)
- 一側耳の聴力レベルが90dB以上、他側耳の聴力レベルが50dB以上 (6級相当)