

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)

① 氏名 (ふりがな)		男・女	② 生年月日	平成 令和	年	月	日
③ 住所			④ 障害の原因となつた傷病名				
⑤ 傷病の原因 又は誘因	先天性		⑥ 傷病発生年月日	平成 令和	年	月	日
⑦ ④のためはじ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			dB -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 250 500 1,000 2,000 4,000 HZ	(2) 最良語音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %												
	(1) 純音聴力	(イ) 聴力レベル (新規規格)	(ロ) 聴力損失 (旧規格)														
		<table border="1"> <tr><td></td><td>500</td><td>1,000</td><td>2,000</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> <p>(dB値で記入)</p>		500	1,000	2,000	右				左						
	500	1,000	2,000														
右																	
左																	
		<table border="1"> <tr><td></td><td>500</td><td>1,000</td><td>2,000</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> <p>(dB値で記入)</p>		500	1,000	2,000	右				左						
	500	1,000	2,000														
右																	
左																	

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。

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下さい。  
◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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、くわ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○でかこんでください。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じ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し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(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(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 最良語音声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、備考欄になるべくくわしく診断結果を付加記入してください。