



# 診断書

聴覚・鼻腔機能・平衡機能  
そしゃく・嚥下機能の障害用  
言語機能

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生 ( 歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号	都道府県		郡市区			
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て ( 年 月 日)	
	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て ( 年 月 日)	
④ 傷病の原因	初診年月日 ( 昭和 平成 年 月 日)	⑤ 既存障害	⑥ 既往症					
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。	傷病が治っている場合…………… 治った日 平成 年 月 日		確認推定					
	傷病が治っていない場合…………… 症状のよくなる見込		有・無・不明					
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 ( 昭和 平成 年 月 日)								
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項	診療回数		年間 回、月平均 回					
	手術歴	喉頭全摘・その他の手術 手術名( )		手術年月日( 年 月 日)				
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日現症)								
(1) 聴覚の障害		オーディオグラム			語音明瞭度曲線			
聴力レベル								
右 dB 左 dB								
最良語音明瞭度								
右 % 左 %								
(2) 鼻腔機能の障害	(3) 平衡機能の障害		(4) そしゃく・嚥下機能の障害			(5) 言語(構音・音声)機能の障害 (該当するところにチェックをしてください。)		
ア 鼻軟骨の欠損 1 一部分 2 大部分 3 全部	ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である。 2 不安定である。 3 不可能である。		ア 機能障害			ア 発音不能な語音 1 口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等) 2 歯音、歯茎音(さ行、た行、ら行等) 3 歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等) 4 軟口蓋音(か行音、が行音等)		
イ 鼻呼吸障害の有無 1 無 2 有	イ 開眼での直線の10m歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。		イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 (身長 cm、体重 kg)			イ 会話状態 1 日常会話が誰が聞いても理解できる。 2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 4 日常会話が誰が聞いても理解できない。		
ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見			ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない。 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が制限される。 3 全粥、軟菜以外は摂取できない。 4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにソング栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他( )					
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい。)								
⑫ 予後 (必ず記入して下さい。)								
⑬ 備考								

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかにチェックをして、本人の申立ての場合、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄及び現症年月日は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

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 診療担当科名

所在地 医師氏名 印