

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

《聴覚、鼻腔機能、平衡機能、そしゃく、嚥下機能、言語機能の障害》

氏名、生年月日、住所などの記入漏れがないようにお願いします。

①欄には、障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑧欄は、初診年月日の記入漏れがないようにお願いします。

⑩欄は、いつの時点の障害の状態であるのか判断する上で重要な事項となりますので、記入漏れがないようにお願いします。なお、個別の障害の留意点は以下のとおりです。

【聴覚の障害】

(1)欄に記入してください。その際、両耳の平均純音聴力レベル値が90デシベル未満の場合は、最良語音明瞭度も記入してください。

国民年金 厚生年金保険 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) 様式第120号の2
船員保険

氏名: _____ 昭和 年 月 日生 (歳) 男・女

住所: _____ 都市区 町区 村

① 傷病の原因となった傷病名: _____ ② 傷病の発生日: 昭和 年 月 日

③ ①のため初めて医師の診療を受けた日: 昭和 年 月 日

④ 傷病の原因又は誘因: 初診年月日(昭和・平成 年 月 日) ⑤ 既存障害: _____

⑥ 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: _____

⑦ 傷病が治っている場合……治った日 平成 年 月 日

⑧ 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 診察書作成医療機関に属する初診時所見 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

⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日現在)

(1) 聴覚の障害

聴力レベル	右	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

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 _____

②欄は傷病の発生日、③欄は①の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で確認できる場合は、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、申立て年月日を記入してください。

(お願い)
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただくことがありますので、ご承知おきください。

※本人の障害および状態に無関係な欄は、斜線で消してください。

⑩欄、⑫欄も記入漏れがないようにお願いします。

診断書の作成日、医療機関の名称等の記入漏れがないようにお願いします。