

診断書 ( 聴 覚・鼻腔機能・平衡機能  
そしゃく・嚥下機能・言語機能 の障害用 )

○本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は、ご記入いただく必要はありません。

○裏面の「記入上の注意」をよく読んでご記入ください。

(お願い) 赤字の欄は、記入漏れがないように記入してください

① (フリガナ) 氏 名		生年月日	明 昭 平 年 月 日生 ( 歳 )	性別	男・女																
② 住 所		住所地の郵便番号	都 道 府 県	郡 市 区																	
③ 傷 病 名																					
④ 最近一年間の治療の内容、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)																	
⑤ 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																	
<table border="1"> <tr><td colspan="4">聴 力 レ ベ ル</td></tr> <tr><td>右</td><td>dB</td><td>左</td><td>dB</td></tr> <tr><td colspan="4">最 良 語 音 明 瞭 度</td></tr> <tr><td>右</td><td>%</td><td>左</td><td>%</td></tr> </table>		聴 力 レ ベ ル				右	dB	左	dB	最 良 語 音 明 瞭 度				右	%	左	%				
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																	
<p>ア 鼻軟骨の欠損</p> <p>1 一部分</p> <p>2 大部分</p> <p>3 全部</p> <p>イ 鼻呼吸障害の有無</p> <p>1 無</p> <p>2 有</p>		<p>ア 閉眼での起立・立位保持の状態</p> <p>1 可能である。</p> <p>2 不安定である。</p> <p>3 不可能である。</p> <p>イ 開眼での直線の10m歩行の状態</p> <p>1 まっすぐ歩き通す。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見</p>		<p>ア 機能障害</p> <p>イ 栄養状態</p> <p>1 良 2 中 3 不良 (身長 cm、体重 kg)</p> <p>ウ 食事内容</p> <p>1 食事内容に制限がない。</p> <p>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。</p> <p>3 全粥、軟菜以外は摂取できない。</p> <p>4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにゾンド栄養の併用が必要である。</p> <p>5 流動食以外は摂取できない。</p> <p>6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。</p> <p>7 経口的に食物を摂取することができない。</p> <p>8 その他( )</p>																	
(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。)		<p>ア 発音不能な語音</p> <p>1 口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等)</p> <p>2 歯音、歯茎音(さ行、た行、ら行等)</p> <p>3 歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <p>4 軟口蓋音(か行音、が行音等)</p> <p>イ 会話状態</p> <p>1 日常会話が誰が聞いても理解できる。</p> <p>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。</p> <p>3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。</p> <p>4 日常会話が誰が聞いても理解できない。</p>																			
⑥ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力			⑦ 予 後																		
			⑧ 備 考																		
上記のとおり診断しました。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)																		