（自立支援局 様式 4－2）

聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障害診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （満　　歳）

障害名	・感音性難聴　・伝音性難聴　・混合性難聴 ・音声機能障害　・言語機能障害　・そしゃく・嚥下機能障害（　　） ・平衡機能障害（　　）
原因となった疾病・外傷名等	
	分類：（・感染症　・中毒性疾患　・その他の疾病　・出生時の損傷 ・交通事故　・労働災害　・スポーツ事故 ・先天性　・その他（　　）　・不明）
発症・発生時期	昭和・平成　　年　　月　　日　（頃）

障害の経過	病歴		
	現症・合併症等の状態	聴覚障害に関する所見	
		平衡機能障害に関する所見	
		音声・言語機能障害に関する所見	
		そしゃく・嚥下機能障害に関する所見	（必要があれば歯科医師の診断書を添付すること）

上記のとおり診断する。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

（〒　　）

住　　所

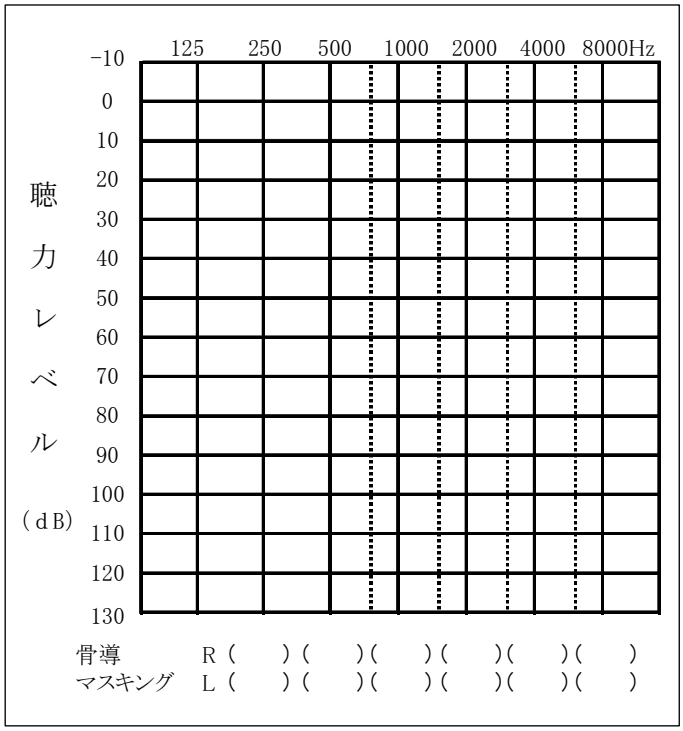
（TEL：　　－　　－　　）

（FAX：　　－　　－　　）

医師氏名　　印

（表面）

オージオグラム（検査日　年　月　日）



平均聴力レベル：　右　　dB、　左　　dB

測定機器名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聴覚・音声・言語機能障害等の検査所見

①補聴器の使用状況

・あり（右、左、両耳）

・なし

②耳鳴りの有無

・あり（　　）

・なし

③難聴による音声・発語障害

・「あり」の場合の程度：＿＿＿＿

（軽度・中程度・高度・喪失）

④その他の言語機能障害

・「あり」の場合の程度：＿＿＿＿

（構音障害・失語症・吃音）

⑤コミュニケーション手段

（主となるものは◎、併用は○を記すこと）

・言語理解：＿＿＿＿＿＿＿＿

（聴覚・読話・手話・筆談・身振り）

・言語表出：＿＿＿＿＿＿＿＿

（発語・手話・筆談・身振り）

平衡機能障害

＊「チェック欄」には「○、△、×」を、「自助具の要否」欄には「要、否」を記入すること

日常生活動作の状況

自立：（○）　一部介助：（△）　介助：（×）

項　目	チェック覧	自助具の要否	項　目	チェック覧	自助具の要否
1. 食事をする			15. 手拭きを絞る		
2. 洗 顔			16. 字を書く		
3. 歯磨き			17. ナースコール		
4. 髪をとかす			18. 両手で移動する		
5. 髭を剃る			19. 寝返りをうつ		
6. 爪を切る			20. ベッドで起き上がり		
7. 上着着脱			21. 椅子(W/C)に座る		
8. ズボン着脱			22. ベッド → W/C移動		
9. 下着着脱			23. W/C → ベッド移動		
10. 靴下着脱			24. 車椅子操作		
11. ボタンをかける			25. 歩く（装具・杖）		
12. ボタンをはずす			26. 階段昇降		
13. ファスナーの開閉			27. 排 尿		
14. 入 浴			28. 排 便		

（「チェック欄」に△、×を記載した場合は、具体的な機能状態を記すこと）