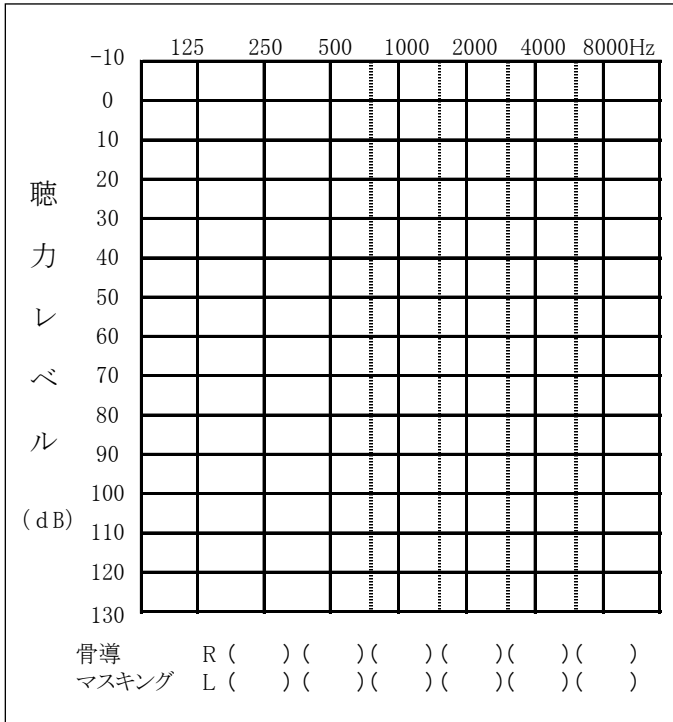


聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障害診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (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	年 月 日 (頃)				
障害の経過の状況	病歴				
	現症・合併症等の状況	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。 年 月 日 医療機関名 (〒) 住 所 (TEL : - -) (FAX : - -) 医 師 氏 名 印					

オーディオグラム（検査日）
年 月 日



平均聴力レベル： 右 _____ dB、 左 _____ dB

測定機器名： _____

聴覚
 ・ 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
 音声
 ・ 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）
 言語機能障害等
 ・ 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）

日常生活動作の状況
 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

自立： (○)		一部介助： (△)		介助： (×)	
項目	チェック欄	自助具の要否	項目	チェック欄	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）

(裏面)