様式第2号

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)

①	(ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
③	住所			④ 障害の原因となった傷病名	
⑤	傷病の原因又は誘因	先天性 後天性　(疾病、不慮災、労災、その他)		⑥ 傷病発生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
⑦	④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和　　年　　月　　日		⑧ 将来再認定の要	有　(　　年後)・　無

現症

⑨ 聴力検査成績

(1) 純音聴力レベル

	500	1000	2000
右			
左			

(dB値で記入)

dB

−10
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100

250　500　1000　2000　4000　Hz

(2) 最良語音明瞭度

右　　%

左　　%

所見

⑩ 重度難聴用の補聴器の使用効果

全く音声を識別できない程度に……

1　該当する

2　該当しない

⑪ 備考

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名　　医師氏名

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではっきりと書いてください。

（裏面）

注意

1　この診断書は、障害児福祉手当（福祉手当）の受給資格を認定するための資料の一つです。

この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

3　⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。

また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。

4　現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。

5　⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第１に該当する診断を行う場合は、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査（ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果（検査方法及び検査所見）を記入してください。

また、オージオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査（聴性定常反応検査）と、COR検査（条件詮索反応検査）を組み合わせて実施し、その結果（検査方法及び検査所見）を記入してください。

また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。

6　最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。

なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。

7　口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。