

(様式第 2 号の 2)

身体障害者診断書・意見書（聴覚障害用）

総 括 表

氏 名	年 月 日生	男 女
住 所		
①障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）
③疾病・外傷発生年月日 年 月 日 ・ 場所		
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤総合所見		
〔将来再認定：要（重度化・軽度化）（ 年 月）・不要〕		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電話（ ） 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名		
身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、福島市社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

聴覚障害の状況及び所見（全葉2枚中1枚目）

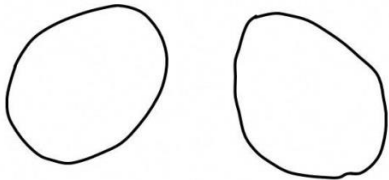
1. 聴覚障害の状況及び所見

(1) 聴力（会話音域の平均聴力のレベル）

右	d B
左	d B

(3) 鼓膜の状況

(右) (左)



(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(4) 聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記入する。）

ア. 純音による検査

オーディオメーターの型式

イ. 語音による検査

右	%以下
左	%以下

(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況

（注）2級と診断する場合、記載すること。

有 ・ 無

聴力レベル

	500	1000	2000	H z
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100 d B				

聴力の検査結果を元に次の算式を使用し
聴力レベルを算出すること。

500Hzの結果 1000Hzの結果 2000Hzの結果

$$\boxed{\text{d B}} + \boxed{\text{d B}} \times 2 + \boxed{\text{d B}}$$

右

$$\frac{\quad}{4} = \boxed{\text{d B}}$$

左

500Hzの結果 1000Hzの結果 2000Hzの結果

$$\boxed{\text{d B}} + \boxed{\text{d B}} \times 2 + \boxed{\text{d B}}$$

$$\frac{\quad}{4} = \boxed{\text{d B}}$$

聴覚障害の状況及び所見（全葉2枚中2枚目）

2. 障害程度の等級（該当するものを○で囲むこと。）

- 両耳の聴力レベルが、それぞれ100dB以上（両耳全ろう）（2級相当）
- 両耳の聴力レベルが、それぞれ 90dB以上（耳介に接しなければ大声語を理解できない）（3級相当）
- 両耳の聴力レベルが、それぞれ 80dB以上（耳介に接しなければ話声語を理解できない）（4級相当）
- 両耳による普通話声の語音明瞭度が50%以下（4級相当）
- 両耳の聴力レベルが、それぞれ 70dB以上（6級相当）
- 一側耳の聴力レベルが90dB以上、他側耳の聴力レベルが50dB以上（6級相当）