

(表 面)

特別障害者手当認定診断書（視覚障害用）					
(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
住 所			障害の原因と なった傷病名		
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）		傷病発生 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 平成 令和 年 月 日		将来再認定 の要	有（ 年後） ・ 無	
現 症	眼所見（前眼部、中間透光体、眼底所見）				
	視 力		裸眼視力	矯正視力	矯正可能な場合は使用眼鏡の種類とその度数
		右 眼			
左 眼					
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。

字は楷書^{かい}ではっきりと書いてください。

(A列4番)

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、特別障害者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場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ・ x 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、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 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 の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 口頭による諸検査結果と他覚所見と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。

特別障害者手当認定診断書		聴覚、平衡機能、そしゃく、音声又は言語機能障害用																																																																																
(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日																																																																														
住所			障害の原因となつた傷病名																																																																															
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)		傷病発生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日																																																																														
のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 令和 年 月 日		将来再認定の要	有(年後)																																																																														
聴力検査成績(純音聴力) 聴力レベル			(dB値で記入)		平衡機能障害																																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							500	1000	2000	右				左																																																																				
	500	1000	2000																																																																															
右																																																																																		
左																																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">dB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">250</td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">4000 Hz</td> </tr> </table>			dB						-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100	250	500	1000	2000	4000 Hz	そしゃく機能障害	
dB																																																																																		
-10																																																																																		
0																																																																																		
10																																																																																		
20																																																																																		
30																																																																																		
40																																																																																		
50																																																																																		
60																																																																																		
70																																																																																		
80																																																																																		
90																																																																																		
100	250	500	1000	2000	4000 Hz																																																																													
<p>所見 (聴覚の障害により、障害年金を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳も取得していない者に対し、別表第2に該当する診断を行う場合には、ABR検査(聴性脳幹反応検査)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。)</p>																																																																																		
音声言語機能障害																																																																																		
ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを で囲んでください。)																																																																																		
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とも成立する。		3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。																																																																																
2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。		4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。																																																																																
イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)																																																																																		
4種の語音(該当するものを選んでどれか1つを で囲んでください。)		発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)																																																																																
口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> <p>歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等)</p> <p>1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> <p>歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <p>1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> <p>軟口蓋音(か行音、が行音等)</p> <p>1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能</p> </div> </div>																																																																																
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能																																																																																		
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能																																																																																		
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能																																																																																		
ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)																																																																																		
音声言語の表出及び理解の程度(該当するものを選んでどれか1つを で囲んでください)		失語症に関する検査結果(標準失語症検査など)																																																																																
単語の呼称(単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>短文の発話(2~3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる)</p> <p>1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>長文の発話(4~6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた)</p> <p>1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>単語の理解(例: 単語の呼称と同じ)</p> <p>1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>短文の理解(例: 短文の発話と同じ)</p> <p>1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> <p>長文の理解(例: 長文の発話と同じ)</p> <p>1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない</p> </div> </div>																																																																																
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない																																																																																		
エ その他の所見 喉頭全摘・その他の手術 (手術名:) 手術年月日: 令和 年 月																																																																																		
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。

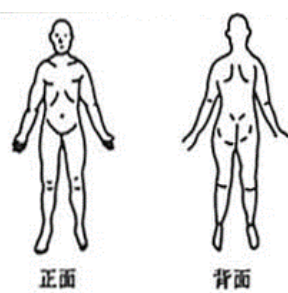
注 意


- 1 この診断書は、特別障害者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場合がありますので、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記入してください。
- 3 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 の欄のデシベル値は、話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 の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金又は身体障害者手帳を取得していない者については、オーディ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、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 の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
- 7 の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。
- 8 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。

特別障害者手当認定診断書（肢体不自由用）				
(ふりがな) 氏 名		男・女	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
住 所			障害の原因となった 傷病名	
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）		傷病発生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
のため初めて医師の診 断を受けた日	昭和 平成 令和 年 月 日		将来再認定の要	有（ 年後）・無

現 症

1





左 右

- 欠損部分
- ▨ 知覚脱失部分
- ▧ 知覚鈍麻部分
- ▩ 知覚異常部分
- * その他の障害の部分

(注) 褥瘡痕も記入してください。

2 四肢周径 (c m)

	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部
右				
左				

3 四肢長 (c m)

	上肢長	下肢長
右		
左		

4 神経学的所見

知覚障害.....有 無（あれば上図に記入すること）

運動麻痺の種類（該当するものを で囲んでください）

弛緩性・痙性・失調性・不随意運動性・強剛（固縮）性・しんせん性

障害の起因部位（該当するものを で囲んでください）

脳性・脊髄性・末梢神経性・筋性・その他

諸反射検査

	上肢 腱 反 射	下肢 腱 反 射	バビンスキー反射	その他の病的反射
右				
左				

ぼうこう・直腸麻痺.....有・無

5 手指の 関節の 可動域	部 位	母 指	示 指	中 指	環 指	小 指	6 握力	右 (kg)			
		屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲		伸展	屈曲	伸展	屈曲
	中手指節間関節 (MP)	右	度	度	度	度	度	7 人工関節装 着の状態	部 位 手術日 昭和 平成 令和 年 月 日		
		左	度	度	度	度	度			度	
近位指節間関節 (PIP) (母指では指節間関節)	右	度	度	度	度	度	人工 骨頭・				
	左	度	度	度	度	度					度

8 関節可動域及び筋力（首・体幹・四肢）	部 位	運動の種 類	右					左				
			関節可動域		関節運動筋力			関節可動域		関節運動筋力		
			他動 範囲	強直 肢位	正常又は やや減	半減	著減又は 消失	他動 範囲	強直 肢位	正常又は やや減	半減	著減又は 消失
首												
体幹												
肩関節												
肘関節												
手関節												
こ 股関節												
しつ 膝関節												
足関節												
補助 用具 使用 状況	1 常時（起床から就寝まで使用） 2 ときどき使用 3 使用せず		ア 義 手 イ 義 足 ウ 上肢補装具 エ 下肢補装具 オ つ え カ 松葉づえ キ 車 ク 歩 行 車 ケ 補助用小道具 コ その他（具体的に）									
日常生活動作の障害程度	ひとりでもうまくできる場合.....○					（注） 4の場合 8と9の場合	5秒以内にできる.....○ 10秒 " 10秒ではできない.....×					
	ひとりだけでできてもうまくできない場合..... を付けること。						30秒以内にできる.....○ 1分 " 1分ではできない.....×					
ひとりでは全くできない場合.....×												
			補助具等							補助具等		
			使 用 し な い	使 用						使 用 し な い	使 用	
1	つまむ（新聞紙が引き抜けない程度）	右			10	ズボンの着脱（どのような姿勢でもよい）						
2	握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）	右			11	靴下をはく（どのような姿勢でもよい）						
3	タオルを絞る（水をきれの程度）	両手			12	リフト（上座・傾リ、あぐら、脚なげ出し（このような姿勢を継続する）						
4	とじひもを結ぶ	両手			13	歩く	屋内					
5	食事をする	右			14	片足で立つ	戸外					
6	顔を洗う（顔に手のひらをつける）	右			15	立ち上る	右					
7	排便の処置をする（臀のところに手をやる）	左			16	階段をのぼる	左					
8	かぶりシャツを着て脱ぐ	右			17	階段をおりる						
9	ワイシャツのボタンをとめる	左										
（注） 補助具等の使用欄には、支持（立ち上る場合）及び手すり（階段の昇降の場合）を要した場合を記入すること。												
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、特別障害者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る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、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 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、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 4 の欄は、次によつてください。
 - (1) 1の図は、障害の内容に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
 - (2) 3の「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰より橈骨茎状突起まで、下肢長については、腸骨前上棘より内果までの距離を測ってください。
 - (3) 4の「障害の起因部位」が心因性のもと思われる場合は、「その他」のところを で囲んでください。
 - (4) 5及び8の「関節の可動域」は、関節角度計を使用してください。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を0°（前腕については手掌面が矢状面にある状態を0°とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を0°とする。）とした測定方法（昭和49年6月日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。

四肢の角度の測り方

例

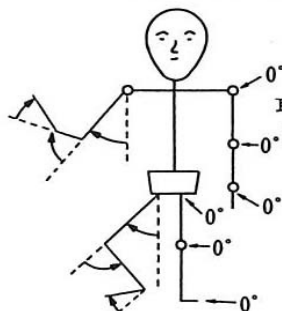
ア 自然起立姿勢で四肢関節がとる位置は、次のような角度になります。
肩関節0°、肘関節0°、手関節0°、股関節0°、膝関節0°、足関節0°(図A参照)

イ 四肢の運動角度は、図Aの ↓ の角度を記入してください。

ウ 首・体幹の運動角度は、図B・Cの ↓ の角度を記入してください。

なお、自然起立位で体幹がとる位置は、すべて0°とします。

A (基本肢位と角度) 測定の方向



B (首前屈・後屈)



C (体幹前屈・後屈)



(5) 8の筋力の程度を表す具体的な「程度」は次のとおりです。

- | | |
|----------|--|
| 正常..... | 検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合 |
| やや減..... | 検者が手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合 |
| 半減..... | 検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合（筋力テスト3） |
| 著減..... | 自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合（筋力テスト1又は2） |
| 消失..... | いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合（筋力テスト0） |