

障害者総合支援法(聴覚)難病診断書

住所			
氏名		年 月 日生(歳)	
疾患名	(身障手帳所持者の場合) 障害名		
発症日	年 月 日		障害等級 級
発症からの経過、現在の症状(変動状況)等			
症状の変動(有・無)			
聴覚障害の状況及び所見			
(1)聴力 (会話音域の平均聴力レベル)		(3)聴力検査の結果	
右 _____ dB		検査日 _____ 年 月 日	
左 _____ dB		オージオメータの型式 _____	
(2)鼓膜の状態		ア 純音による検査 (気導のみでも可)	
右 ○ 左 ○		(dB)	
		20	
		30	
		40	
		50	
		60	
		70	
		80	
		90	
		100	
		500 1k 2k (Hz)	
		イ 語音による検査	
		語音明瞭度 右 % 左 %	
その他参考となる合併症状等			
上記のとおり診断します。 年 月 日			
診療機関名		科 医師名	
所在地			
診療担当科名			

診断書は、身体障害者福祉法第15条に定める指定医師で聴覚障害の指定を受けている者、または障害者総合支援法第59条に定める自立支援医療を主として担当する医師が作成すること。及び難病拠点病院または難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医が作成すること。