

【記載要領・聴力・平衡機能障害用】

障害年金  
障害児養育年金

## 診断書

【聴力・平衡機能  
そしゃく・嚥下機能 障害用  
音声又は言語機能

この診断書は、医薬品副作用被害救済制度の給付請求のために用いられるものです。各注を参考に記入してください。

(1)患者の氏名	○ ○ ○ ○	(2)生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 41 年 6 月 11 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号	10-780
測定日	H29 年 6 月 12 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女			
身長	165 cm	体重	70 kg		
(3)現住所	(〒○○○-○○○) ※身長・体重は、(6)の医薬品を使用した時点の直近の値を記入してください。 ○○県○○市○○町○○○				
(4)障害の原因となった副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状(注)	感音難聴		(5)(4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 29 年 9 月 11 日 <input type="checkbox"/> 令和	

(注)医薬品等の副作用によるものかどうか不明の場合等、(4)、(5)の欄は、必ずしも記入の必要はありませんが、(6)以下の欄には、使用された医薬品等、患者に発生した症状・治療等の状況の推移等について記入して下さい。

\* (6) 使用された医薬品等(医薬品等の名称は販売名を記入して下さい) (注1)

区分 (注2)	院外 処方 (注3)	医薬品等の名称 (会社名)(注4)	規格単位 (注5)	1日 使用量 (注6)	使用方法(注6)		使用期間(注6)		使用理由	使用場所 (注7)
					投与 (使用) 経路	1日 使用回数	開始日	終了日		
		○○○○注 (A製薬)	1g	1g	筋注	1回	H29.6.12	H29.9.10	結核治療	○
		×××錠 (B薬品)	150mg	450mg	経口	分1 朝食後	H29.6.12	H29.11.15	結核治療	○
		△△△錠 (C製薬)	100mg	400mg	経口	分2 朝夕食後	H29.6.12	H29.11.15	結核治療	○
※使用理由は、可能な限り具体的に記入してください。 例えば、抗菌薬を使用した場合には、具体的な感染症 名(例:咽頭炎、肺炎等)を記入してください。										
※医薬品等の名称は販売名(商品名)とし、(6)の医薬品を特定できるよう剤形及び規格単位を明確に記入してください。										
※副作用によるものとみられる疾病の原因として疑われた医薬品だけでなく、それと同時期に使用されていた医薬品についても、 記入してください。 ※一旦中止して再度使用した場合、漸減/漸増の場合など、同じ医薬品であっても異なる用量に変更した場合は行を分けて記 入してください。 ※使用期間の開始日・終了日については、処方した期間ではなく、実際に使用した日にちを記入してください。開始日が不明の 場合には「不明」、副作用とみられる疾病の回復後に継続された場合は「継続中」と記入し、空欄にしないでください。										

(注1) 使用された医薬品等(医薬品又は再生医療等製品)はすべて記入して下さい。

(注2) 特に(4)の疾病の原因として疑われる医薬品等がある場合には、「区分」の欄に○印を記入して下さい。

(注3) 院外処方による場合には、「院外処方」の欄に○印を記入して下さい。

(注4) 使用された医薬品等を具体的に特定する必要がありますので、一般名処方又は後発医薬品への変更可の処方箋の場合、実際に投与された医薬品等の販売名(販売名が一般名+屋号の場合は屋号を含む)を記入して下さい。

(注5) 医薬品等について、規格・単位を記入して下さい。

(注6) 上記医薬品等の使用が連日でなかった場合、又は漸減(増)療法によった場合には、「1日使用量」、「使用方法」及び「使用期間」の欄にその内容が分かるように記入して下さい。

(注7) 上記の医薬品等について、この診断書を作成する医師が使用した場合(処方箋を交付した場合も含む。)には、「使用場所」の欄に○印を記入して下さい。また、同じ院内の他診療科で使用した場合は、診療担当科名を記入して下さい。

* (7) (6)の医薬品等を使用するに至った 傷病の名称又は症状(原疾患)	肺結核症	※(6)の医薬品を使用することになった 原疾患名等を列記してください。
* (8) (6)の医薬品等使用時の傷病であって (7)の傷病以外のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合)	
* (9) (7)及び(8)傷病についての薬剤以外の 処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 1.放射線治療 <input type="checkbox"/> 2.輸血 <input type="checkbox"/> 3.手術 <input type="checkbox"/> 4.その他 ( )	

\*印欄については、患者が(4)の疾病について医薬品医療機器総合機構から医療費又は医療手当、障害年金又は障害児養育年金の支給を受けている場合には、記入は不要です。

(10) (6)の医薬品等を使用するに至った経緯並びにその後の経過	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (4)の疾病について、医薬品医療機器総合機構から医療費又は医療手当の支給を受けている場合は、前回診断書を提出した後の経過を記入して下さい。 </div>	
年 月 日	具体的に記入して下さい
① (6)の医薬品等を使用するに至った経緯	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ※経過を別紙に印刷し添付していただく場合には、本診断書の書式に準じて、日付ごとに記入してください。 </div>
H29. 6. 12	発熱、咳嗽、喀痰を主訴とし、当科受診。胸部X線にて左肺野に空洞、滲出性病変を認め、喀痰塗抹で、結核菌陽性（ガフキー5号）であった。以上より重症結核症と診断し、〇〇〇〇注、××××錠、△△△△錠の投与を開始。
H29. 7. 20	症状がかなり改善し、喀痰塗抹で結核菌陰性であったが、胸部X線にてなおも右肺野に滲出性病変を認める。
H29. 8. 25	喀痰塗抹にて結核菌陰性。胸部X線にて滲出性病変は消失した。 念のため聴力検査を実施したが異常を認めなかった。
H29. 9. 10	聴力異常を訴えため、〇〇〇〇注を中止し、耳鼻科の受診をすすめた。
	(以上 内科医師 〇〇〇〇)
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ※原疾患の診療経過、(6)の医薬品を使用するに至った経緯等を記入してください。  ※大量投与、長期連用投与など特殊な使い方をした場合には、その経緯を記入してください。  (前医が処方した場合は、分かる範囲で結構です。) </div>
② その後の経過(副作用によるものとみられる疾病の症状の発現までの経過及びその後の症状の経過、治療内容の概要等を記入して下さい。)	
H29. 9. 11	軽度の聴力障害を訴え、当科受診。聴力検査にて両側の聴力障害（特に高音域）を認めた。
	平衡障害はなかった。
	以後、◎◎◎◎等を投与したが聴力は急速に低下し、今日に至っている。
	(以上 耳鼻咽喉科医師 〇〇〇〇)
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ※医薬品使用後の原疾患の診療経過、副作用の経過を記入してください。  ※症状が急激に変化したような場合には、可能であれば経時変化について詳しく記入してください。  ※副作用の経過、治療内容の概要、転帰又は予後についても具体的に記入してください。  (前医が観察していた期間は分かる範囲で結構です。) </div>

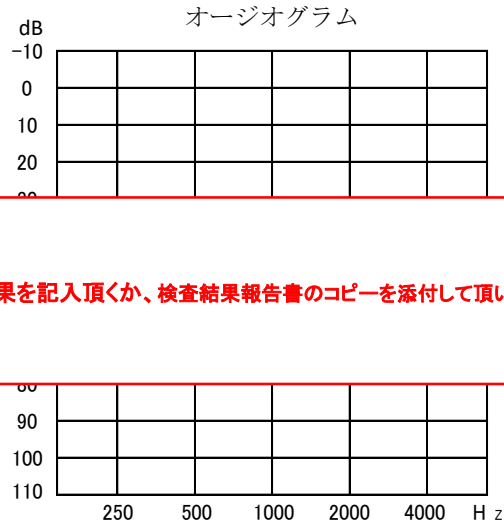
(注) 欄に記入しきれない場合には、適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。直接記入していただく代わりに、パソコン等で作成された電子ファイルを印刷し、添付していただいても結構です。

(11) 請求に係る障害の現況(障害とは、症状が固定し治療の効果が期待できない状態、又は症状が固定しないまま(5)の日から1年6ヵ月を経過した後の状態をいいます。)(測定日: R1 年 5 月 25 日)			
(5) の日から1年6ヵ月を <input checked="" type="checkbox"/> 経過している <input type="checkbox"/> 経過していない		必ず記入してください。	
経過していない場合は、障害の現況の測定日において、症状が固定し治療の効果が期待できない状態であると判断された理由を以下に記入して下さい。			
(a) 聴力障害			
聴力レベル (注1)	右 91.5 デシベル	使用したオーディオメータの型式	〇〇〇AA-〇〇
(測定日: R1 年 5 月 25 日)	左 93 デシベル		
オーディオグラムのコピーを添付します。	<div style="text-align: center;"> <p>オーディオグラム</p> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="color: red; text-align: center;">※測定結果を記入頂くか、検査結果報告書のコピーを添付して頂いても結構です。</p> </div>		
最良語音明瞭度 (注2)	語音明瞭度曲線		
(測定日: 年 月 日)			
右 %			
左 %			
聴性脳幹反応検査 (ABR) 等の他覚的聴覚検査 (注3)	検査所見		
(測定日: 年 月 日)			
検査方法			

- (注1) デシベル値は、話声域すなわち、周波数500、1000、2000Hzの音の聴力レベルデシベルの平均値をとることにより、算定してください。すなわち、その各々をa、b、cとすれば  $\frac{a+2b+c}{4}$  の算式により算定したものがデシベル値となります。
- 上記a、b、cのうちいずれか1又は2が測定不能の場合(100デシベルの音も聴取できない場合)は、その数値を105デシベルとして上記算式に計上し、聴力レベルのデシベル値を算定して下さい。
- (注2) 「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ記入して下さい。
- (注3) 聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行なう場合については、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) 等の他覚的聴覚検査」又は「それに相当する検査 (遅延側音検査、ロンバルテスト、ステンゲルテスト等)」を行い、その検査所見等を記入して下さい。また、その記録データのコピー等を必ず添えて下さい。なお、聴覚の障害で既に障害年金を受給している人は記入は不要です。

(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用前のオーディオグラム (測定日: H29 年 8 月 25 日)

オーディオグラムのコピーを添付します。



※測定結果を記入頂くか、検査結果報告書のコピーを添付して頂いても結構です。

(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用  
前の最良語音明瞭度

(測定日: 年 月 日)

右 %

左 %

語音明瞭度曲線

(b)平衡機能障害(四肢体幹に器質的異常なく他覚的に平衡機能障害のある場合をいいます。)

ア 閉眼での起立・立位保持の状態

- ☐ 可能である  
☐ 不安定である。  
☐ 不可能である。

起立障害の程度  
(両脚起立・立位保持の状態に  
ついて記載して下さい。)

開眼時

閉眼時

イ 開眼での直線10m歩行の状態

- ☐ まっすぐ歩き通す。  
☐ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。  
☐ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。

歩行障害の程度  
(直線歩行の距離・状態を  
詳しく記入して下さい。)

開眼時

閉眼時

ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見

(c) そしゃく・嚥下機能の障害

ア 機能障害

イ 栄養状態

☐ 不良 ・ ☐ 中 ・ ☐ 良

ウ 食事内容

- ☐ 食事内容に制限がない。  
☐ ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下機能が十分でないため食事が制限される。  
☐ 全粥、軟菜以外は摂取できない。  
☐ 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにゾンデ栄養の併用が必要である。  
☐ 流動食以外は摂取できない。  
☐ 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。  
☐ 経口的に食物を摂取することができない。  
☐ その他 ( )

(d) 言語（構音・音声）機能の障害

ア 会話による意思疎通の程度

- ☐ 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、日常会話が誰とでも成立する。  
☐ 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。  
☐ 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。  
☐ 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、記入して下さい。)

4 種の語音

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| ・口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）    | <input type="checkbox"/> 全て発音できる ・ <input type="checkbox"/> 一部発音できる ・ <input type="checkbox"/> 発音不能 |
| ・歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等） | <input type="checkbox"/> 全て発音できる ・ <input type="checkbox"/> 一部発音できる ・ <input type="checkbox"/> 発音不能 |
| ・歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）    | <input type="checkbox"/> 全て発音できる ・ <input type="checkbox"/> 一部発音できる ・ <input type="checkbox"/> 発音不能 |
| ・軟口蓋音（か行音、が行音等）       | <input type="checkbox"/> 全て発音できる ・ <input type="checkbox"/> 一部発音できる ・ <input type="checkbox"/> 発音不能 |

発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）

ウ 失語症の障害の程度(失語症がある場合に、記入して下さい。)

音声言語の表出及び理解の程度

- ・単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水）  
☐ できる ・ ☐ おおむねできる ・ ☐ あまりできない ・ ☐ できない
- ・短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる）  
☐ できる ・ ☐ おおむねできる ・ ☐ あまりできない ・ ☐ できない
- ・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）  
☐ できる ・ ☐ おおむねできる ・ ☐ あまりできない ・ ☐ できない
- ・単語の理解（例：単語の呼称と同じ）  
☐ できる ・ ☐ おおむねできる ・ ☐ あまりできない ・ ☐ できない
- ・短文の理解（例：短文の発話と同じ）  
☐ できる ・ ☐ おおむねできる ・ ☐ あまりできない ・ ☐ できない
- ・長文の理解（例：長文の発話と同じ）  
☐ できる ・ ☐ おおむねできる ・ ☐ あまりできない ・ ☐ できない

失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）

(12) 日常生活における影響等について記入して下さい。  
(持続時間、消長、誘因等がある場合は必ず記入して下さい。)

※日常生活や就労に与える影響などについて具体的に記入してください。

(13) 備考(特記事項等を記入して下さい。)

・過去の副作用歴・アレルギー歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・特記すべき体質 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・喫煙

現在: ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有 ( 本/日 )

過去: 開始年齢 歳 中止年齢 歳 ( 本/日 )

その他特記事項 (

※過去の副作用歴(具体的な医薬品名や症状を含む)、アレルギー歴などについて記入してください。

※喫煙、飲酒が「有」の場合には、その量などを記入してください。

・飲酒

現在: ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有 (種類:

過去: 開始年齢 歳 中止年齢 歳 (種類:

その他特記事項 (

量: ) ☐ 毎日 ・ ☐ 毎週 ・ ☐ 時々

量: ) ☐ 毎日 ・ ☐ 毎週 ・ ☐ 時々

・参考となる家族歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・既往歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・(4)の疾病が(6)の医薬品等によるものであるとした理由:

〇〇〇〇注と難聴発生の時間的關係

1. 〇〇〇〇の副作用として本症が発生することがあるのは周知の事実である。

2. 他に難聴発生の原因を積極的に指摘できない。

平成29年8月25日以降の聴力検査結果のコピーを添付します。

※薬剤以外にも(4)の疾病の原因が考えられる場合には、担当医師のお考えを記入してください。  
※耳小骨筋反射閾値、予診票(ワクチン接種の場合)、その他参考となる資料(CT、MRI等の画像検査結果、麻酔に関する記録等)がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付してください。

上記のとおり診断します。

令和 元 年 5 月 25 日

病院又は診療所の名称

〇〇病院

診療担当科名

内科 耳鼻咽喉科

所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

医師氏名

内科 〇 〇 〇 〇  
耳鼻咽喉科 〇 〇 〇 〇

電話番号

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

救済給付に関わる問い合わせ窓口

部署名

担当者名

※診断書を作成された医師以外に、同一施設内で救済給付に関わる問い合わせ窓口(医事課、薬剤部や地域連携室等)を指定される場合には、その担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

注意

- 1 昭和57年8月14日改正前のJIS規格又はこれに準ずるオーディオメータで測定した場合は、聴力レベルの欄にデシベル値を記入し、聴力損失(旧規格)のデシベル値である旨を記入して下さい。
- 2 問診による身体状態と、他覚的所見とが一致しないような場合には、その旨を備考欄に記入して下さい。また、障害の現況に対する見解等も備考欄に記入して下さい。
- 3 耳小骨筋反射閾値検査の結果、予診票(ワクチン接種の場合)、その他参考となる資料があれば、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。
- 4 記入しきれない場合には、適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。
- 5 パソコン等で作成された場合は、紙による提出と共に、電子ファイルをCD等の電子媒体へコピーしたものを添付して下さい。
- 6 この診断書を障害年金又は障害児養育年金の改定請求書に添付する場合には、(5)から(9)までの欄の記入は不要です。ただし、障害の状態の変更が新たに使用した医薬品等の副作用によるとして改定請求する場合には、これらの欄の記入は必要となります。
- 7 この診断書を現況届に添付する場合には、(5)から(9)までの欄の記入は不要です。