

障害年金の診断書（聴覚の障害）を作成する医師の皆さまへ

平成27年6月1日から 国民年金・厚生年金保険の診断書 「聴覚の障害用」（様式第120号の2） の様式が変わります

障害基礎年金・障害厚生年金の「聴覚の障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔変更点〕

聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴カレベル」が100デシベル以上の診断を行う場合、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)などの結果を記入し、その記録データのコピーなどを添付していただきます。

**★ 変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。**

※ 不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。

(変更後)

様式第120号の2



国民年金
厚生年金保険

診 断 書

(聴覚・鼻腔機能・平衡機能
そしゃく・嚥下機能 の障害用)
音声又は言語機能

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳)	性別	男 ・ 女												
住所		住所地の郵便番号	都道府県	郡市区													
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日		昭和 平成 年 月 日	診療録で確認 (年 月 日)													
	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成 年 月 日	診療録で確認 (年 月 日)													
④ 傷病の原因又は誘因	初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)	⑤ 既存障害	⑥ 既往症														
⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) かどうか。	傷病が治っている場合 …………… 治った日		平成 年 月 日	確認													
	傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込		有 ・ 無 ・ 不明														
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見	初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項	診療回数		年間 回、月平均 回														
	手術歴	手術年月日 (年 月 日) 喉頭全摘・その他の手術 手術名 ()															
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日 現症)																	
(1) 聴覚の障害		オーディオグラム		語音明瞭度曲線													
<table border="1"> <tr><td colspan="2">聴 力 レ ベ ル</td></tr> <tr><td>右</td><td>dB</td><td>左</td><td>dB</td></tr> <tr><td colspan="2">最良語音明瞭度</td></tr> <tr><td>右</td><td>%</td><td>左</td><td>%</td></tr> </table>		聴 力 レ ベ ル		右	dB	左	dB	最良語音明瞭度		右	%	左	%				
聴 力 レ ベ ル																	
右	dB	左	dB														
最良語音明瞭度																	
右	%	左	%														
所見 [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100dB以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査 (ABR) 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。]																	
(2) 鼻腔機能の障害		(3) 平衡機能の障害		(4) そしゃく・嚥下機能の障害													
ア 鼻軟骨の欠損 1 一部分 2 大部分 3 全部 イ 鼻呼吸障害の有無 1 無 2 有		ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である。 2 不安定である。 3 不可能である。 イ 開眼での直線10m歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 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。 3 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。 ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見		ア 機能障害 イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない。 2 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。 3 全粥、軟菜以外は摂取できない。 4 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ド栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他 ()													

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

(5) 音声又は言語機能の障害	
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、日常会話が誰とでも成立する。 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。	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。 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。）	
I 4種の語音（該当するもの1つを○で囲んでください。） 口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 軟口蓋音（か行音、が行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など） <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
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。）	
I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するもの1つを○で囲んでください。） 単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水） 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 短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる） 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 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） 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 単語の理解（例：単語の呼称と同じ） 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 短文の理解（例：短文の発話と同じ） 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 長文の理解（例：長文の発話と同じ） 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	II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など） <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 （必ず記入してください。）	
⑫ 予 後 （必ず記入してください。）	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。）
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は斜線により抹消してください。）なお、該当欄に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。
 - (2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
 - (3) ⑩の(1)の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。
 - ① 「聴力レベル値」は、オージオメータにより測定してください。
 - ② 「聴力レベル値」は、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
により算出してください。
a : 周波数 500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
b : 周波数 1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
c : 周波数 2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
 - (4) ⑩の(1)の欄の「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検査成績を記入してください。
なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法により行ってください。
 - (5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、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う場合については、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（遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテストなど）を行い、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。
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等は不要ですので、本人に確認してください。
 - (6) ⑩の(5)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「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
 - (7) ⑩の(5)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「Ⅱ 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。

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

(平成27年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
 障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項
 現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
 また、診療回数は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。
 なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。

(変更)

⑩(1)欄 聴力レベル
 聴力レベルは、4分法により算出してください。
 聴覚の障害で障害年金を受給していない方(※)に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合については、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(遅延側音検査、ロンバルテスト、ステンゲルテストなど)の結果を記入し、その記録データのコピー等を必ず添えてください。

※聴覚の障害で既に障害年金を受給している方は不要なので、本人に確認してください。

様式第120号の2

国民年金 診断書 (聴覚・鼻腔機能・平衡機能・その他/ 嚥下機能、音声又は言語機能の障害用)

氏名 (フリガナ) _____ 生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(歳) 性別 男・女

住所 住所地の郵便番号 _____ 都道府県 _____ 都市区 _____

① 障害の原因となった傷病名 _____ ② 傷病の発生日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ③ ①のため初めて医師の診療を受けた日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

④ 傷病の原因又は誘因 _____ ⑤ 既存障害 _____ ⑥ 既往症 _____

⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。 傷病が治っている場合 …… 治った日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 確認
 傷病が治っていない場合 …… 症状のよくなる見込 有・無・不明

⑧ 診断書作成医療機関における初診時見 初診年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項

⑩ 診療回数 年間 _____ 回、月平均 _____ 回
 手術 聴頭全摘・その他の手術 手術名() _____
 手術年月日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

⑪ 障害の状態 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在)

(1) 聴覚の障害

聴力レベル	右 _____ dB 左 _____ dB
最良語音明瞭度	右 _____ % 左 _____ %

所見 [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100dB以上の診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)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。]

(2) 鼻腔機能の障害
 ア 鼻軟骨の欠損
 1 一部分
 2 大部分
 3 全部
 イ 鼻呼吸障害の有無
 1 無
 2 有

(3) 平衡機能の障害
 ア 閉眼での起立・立位保持の状態
 1 可能である。
 2 不安定である。
 3 不可能である。
 イ 閉眼での直線10m歩行の状態
 1 まっすぐ歩き通す。
 2 多少転倒しそうなったりよろめいたりするが、どうか歩き通す。
 3 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。
 ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見

(4) その他・嚥下機能の障害
 ア 機能障害
 イ 栄養状態
 1 良 2 中 3 不良
 ウ 食事内容
 1 食事に内容に制限がない。
 2 ある程度の常食は摂取できるが、しゃやく・嚥下機能が十分でないため食事が制限される。
 3 全粥、軟菜以外は摂取できない。
 4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経口栄養の併用が必要である。
 5 流動食以外は摂取できない。
 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。
 7 経口的に食物を摂取することができない。
 8 その他()

(変更) 聴覚の障害で障害年金を受給していない方に両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)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。

(変更) 本文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

③欄 初めて医師の診療を受けた日
 この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑩(1)欄 最良語音明瞭度
 両耳の平均純音聴力値が「90デシベル未満」の場合は、「最良語音明瞭度」を記載してください。

〈お願い〉
 この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
 過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。
 診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

(新設)

⑩(5)ア欄 会話による意思疎通の程度
「音声又は言語機能の障害」がある場合は、記入してください。
【構音障害、音声障害、聴覚障害による障害】
患者の“話すこと”の制限の程度について、該当するものを選んで記入してください。
【失語症】
患者の“話すこと”や“聞いて理解すること”の制限の程度について、該当するものを選んで記入してください。

⑫欄 予後
診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

⑬欄 備考
本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

病院または診療所の名称だけではなく、所在地も忘れずに記入してください。

(5) 音声又は言語機能の障害 ア 会話による意思疎通の程度 (該当するもの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、日常会話が可能と成立する。 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立する。 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。) I 4種の語音 (該当するもの1つを○で囲んでください。) II 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) 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ら行音等) 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等) 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 軟口蓋音 (か行音、が行音等) 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。) I 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するもの1つを○で囲んでください。) II 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)	
単語の発話 (単語の例：家、靴下、自動車、電話、水) 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 短文の発話 (2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる) 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 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) 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 単語の理解 (例：単語の発話と同じ) 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 短文の理解 (例：短文の発話と同じ) 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 長文の理解 (例：長文の発話と同じ) 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	[]
10 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。) 予後 (必ず記入してください。) 備考	[]
本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。) 上記のとおり、診断します。 平成 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 印	

(新設)

⑩(5)イ欄 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。発音に関する検査を行った場合は、右のカッコ内に記入してください。また、必要に応じて、検査結果表を添えてください。

(新設)

⑩(5)ウ欄 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。失語症に関する検査を行った場合は、右のカッコ内に記入してください。また、必要に応じて、検査結果表を添えてください。

⑪欄 現症時の日常生活活動能力及び労働能力
現症時の日常生活活動能力については、介助が必要かどうか、また、労働能力についても必ず記入してください。