

【指定医の皆様へ ー診断書・意見書作成にあたってのお願い（聴覚障害用）ー】

身体障害者手帳の認定につきましては、日頃よりご協力を賜り誠にありがとうございます。

申請者にすみやかに手帳を交付するため、診断書・意見書を作成される際には本市より配布しております冊子『身体障害者障害程度等級表解説』をご参照いただくとともに、以下の点についてもご留意の上、ご記載いただきますようお願いいたします。

1. 診断書・意見書 総括表について

(1) 「③疾病・外傷発生年月日」について

発生年月日が不明確な場合は、その疾病で最初に医療機関を受診した年（月日）を記載してください。

(2) 「④参考となる経過・現症」について

ア 次頁以降の状況及び所見欄では表現できない障害の具体的状況、検査所見等も記載してください。

イ 乳幼児の検査については聴性脳幹反応（ＡＢＲ）等の他覚的聴覚検査の結果も記載してください。

2. 「聴覚障害」の状況及び所見

(1) 「聴力測定」について

純音オーディオメータ検査の測定について100dBの音が聴取できない場合は、当該部分のdBを105dBとして算式に計上し、聴力レベルを算定してください。

(2) 測定結果の記入について

聴力測定は数回実施された中の最小の聴力レベル及び最良の語音明瞭度の結果を記入してください。

(3) 「語音明瞭度の検査」について

何dBでの測定結果であるか記入してください。

(4) 聴覚障害2級の診断について

2級と診断する場合には、「(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況」の欄に、聴覚障害の身体障害者手帳の有無について記載してください。

聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない方に対し、2級と診断する場合には、聴性脳幹反応（ＡＢＲ）等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を記載し、記録データのコピーを添付してください。

【ご不明な点についてはこちらへお問い合わせください】

名古屋市身体障害者更生相談所

TEL：052-835-3821 FAX：052-835-3724