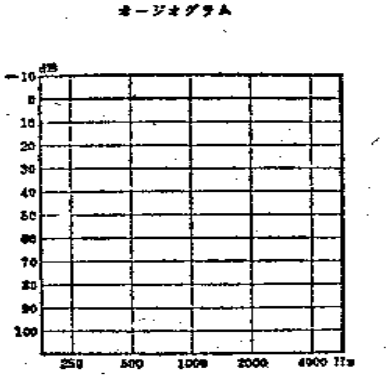
様式第二号(二)(第一条関係)

(表　　面)

児童扶養手当障害認定診断書	(聴　力・平　衡　機　能 そしやく 咀嚼機能・音声言語機能　障害用)		
(ふ　り　が　な) ①　氏　　名		②　生　年　月　日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日
③　住　　所		④　障害の原因となつた傷病名	
⑤　傷病の原因又は誘因	先天性 後天性　(疾病・不慮災・労災・戦傷災・その他)	⑥　傷病発生年月日	年　月　日
⑦　④のためはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日	年　月　日	⑧　将来再認定の要	有　・　無

⑨　聴　力　障　害

現症(機能障害診断)	聴力損失又は聴力レベル		
	聴力損失(旧規格)	左	デシベル
		右	デシベル
	聴力レベル(新規格)	左	デシベル
		右	デシベル
	最良語音明瞭度		



左　　％	
右　　％	
使用したオージオメータの型式	

⑩　平　衡　機　能　障　害
所　見

⑪　咀嚼（そしゃく）機能障害	⑫　音声言語機能障害
所　見	所　見

⑬　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　　医師又は歯科医師名

◎　裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではつきりと書いて下さい。

（裏　　面）

注意

1　この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。

3　⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日でなく、本人が障害の原因となつた傷病についてはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師又は歯科医師が診断している場合は、本人の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。

4　⑨の欄のデシベル値は、話声域すなわち、振動数500、1,000、2,000周波数の音の聴力損失デシベル又は聴力レベルデシベルの平均値をとることにより、算定して下さい。すなわち、その各々をa，b，cとすればa＋2b＋c／4となります。

5　昭和57年8月14日改正前のJIS規格又はこれに準ずる標準オージオメータで測定した場合のデシベル値は(9)の聴力損失(旧規格)の欄に記入し、同日改正後のJIS規格又はこれに準ずる標準オージオメータで測定した場合のデシベル値は(9)の聴力レベル(新規格)の欄に記入してください。なお、オージオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。

6　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つて下さい。
　なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に本人から依頼された場合にのみ測定して下さい。

7　平衡機能で脳性によるものは(例　脳性麻痺)、肢体不自由として取り扱われますので、診断書の用紙は肢体不自由用を使用して下さい。

8　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、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入して下さい。