

身体障害者診断書・意見書（そしゃく機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男女
住所		
①障害名（部位を明記）		
②原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷 戦災・疾病・先天性・その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤総合所見		
〔将来再認定：要（重度化・軽度化）（ 年 月）・不要〕		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日		
病院又は診療所の名称 所在地	診療担当科名	科 医師氏名 印 電話（ ）
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する（ 級相当） ・該当しない		
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。</p>		

そしゃく機能障害の状況及び所見（全葉2枚中1枚目）

1. 障害の程度及び検査所見

① そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度（該当する状況を○で囲むこと。）

- ・ 経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。
- ・ 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している。
- ・ 経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。
- ・ その他

[]

b 参考となる検査所見

ア 各器官の一般的検査

〈参考〉各器官の観察点

- ・ 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- ・ 舌：形状、運動能力、反射異常
- ・ 軟口蓋：挙上運動、反射異常
- ・ 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

- 所見（上記の枠内の「各器官の観察点」に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。）

[]

イ 嚥下状態の観察と検査

〈参考1〉各器官の観察点

- ・ 口腔内保持の状態
- ・ 口腔から咽頭への送り込みの状態
- ・ 喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
- ・ 食道入口部の開大と流動物(bolus)の送り込み

〈参考2〉摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点

- ・ 摂取できる食物の内容（固形物、半固形物、流動食）
- ・ 誤嚥の程度（毎回、2回に1回程度、数回に1回、ほとんど無し）

○ 観察・検査の方法

- エックス線検査（ ）
- 内視鏡検査（ ）
- その他（ ）

- 所見（上記の枠内の〈参考1〉と〈参考2〉の観察点から嚥下状態について詳細に記載すること。）

[]

そしゃく機能障害の状況及び所見（全葉2枚中2枚目）

② 咬合異常によるそしゃく機能の障害

a 障害の程度（該当するものを○で囲むこと。）

- ・ 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。
- ・ その他

[]

b 参考となる検査所見（咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果）

ア 咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。）

[]

イ そしゃく機能（口唇・口蓋裂では、上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。）

[]

2. その他（今後の見込み等）

[]

3. 障害程度の等級（該当するものを○で囲むこと。）

① 「そしゃく機能の喪失」（3級）とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- ・ 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- ・ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの
- ・ 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

② 「そしゃく機能の著しい障害」（4級）とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- ・ 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- ・ 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの
- ・ 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- ・ 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの（唇顎口蓋列の後遺症等による申請の場合は別様式「歯科医師による診断書・意見書」を添付すること。）

(別 紙)

意見書

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
現 症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療の内容 (1) 歯科矯正治療の要否 (2) 口腔外科的手術の要否 (3) 治療完了までの見込み 向後 年 月		
現症をもとに上記のとおり申し述べる。併せて以下の意見を付す。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ 該当する ・ 該当しない 平成 年 月 日 病院又は診療所 の名称、所在地 標榜診療科名 歯科医師名		
		印