

Full Name 氏名		Date Of Birth 生年月日		Y/ 年	M/ 月	D 日	Age(年齢) 歳	Sex 性別	Male / Female 男 / 女	
Address 住 所		House number , Street , City , State/Province , Postcode , Country									
①Name of disease/injury that caused the disorder 障害の原因となった傷病名			②Date of onset 傷病の発生年月日			Y/ 年	M/ 月	D 日	<div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div> <div>Statement of patient 本人の申立て</div> (Y年/ M月/ D日)		
			③The date the patient was first medically treated for ① ①のため初めて医師の診療を受けた日			Y/ 年	M/ 月	D 日	<div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div> <div>Statement of patient 本人の申立て</div> (Y年/ M月/ D日)		
④Cause of the disease/injury 傷病の原因又は誘因		Date of initial consultation 初診年月日 (Date: Y/ M/ D)			⑤Existing disorder(s) 既存障害		⑥Medical history 既往症				
⑦Whether the disease/injury has been cured (including whether the symptoms have stabilized). 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。		If the disease/injury has healed ... 傷病が治っている場合			Date of recovery (Y/ M/ D); confirmed / Estimated 治った日 確認 ・ 推定						
		If the disease / injury has not healed ... 傷病が治っていない場合			Possibility of improvement of symptoms 症状のよくなる見込						
⑧Findings at the first visit to the medical institution issuing the medical certificate. 診断書作成医療機関における初診時所見											
⑨Contents and duration of treatment,clinical course,duration and other important informaton. 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項					Frequency of consultations 診療回数		Frequency 回数 (/year 年) Average Frequency 平均回数 (/month 月)				
					History of operations 手術歴 Total laryngectomy・Other operation Name of operation (喉頭全摘・その他の手術名 ())			Dates of operation (Date: Y/ M/ D) 手術年月日 (年 月 日)			
⑩Condition of the disability(present disorder: Y/ M/ D) 障害の状態(年 月 日現在)											
(1)Hearing disorder 聴覚の障害		Audiogram オージオグラム			Speech audiogram 語音明瞭度曲線						
Hearing level 聴力レベル											
Right (dB) , Left (dB) 右 左											
Best discrimination percent 最良語音明瞭度											
Right (%) , Left (%) 右 左											
Clinical finding 所見		When diagnosing a hearing-impaired person who is not receiving a disability pension with a hearing level of 100 dB or higher in both ears, please conduct an Auditory Brainstem Response Test (ABR) or other test and record the test method and findings. 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)Disorder of nasal function 鼻腔機能の障害		(3)Balance disorder 平衡機能の障害			(4)Mastication and swallowing disorders そしゃく・嚥下機能の障害						
a.Defect of nasal cartilage 鼻軟骨の欠損 1.Partial 一部分 2.Almost whole 大部分 3.Whole 全部		a. Standing and maintaining a standing position with eyes closed 閉眼での起立・立位保持の状態 1. Possible 2.Not stable 3.Impossible 可能である。 不安定である。 不可能である。			a.Functional disorder 機能障害						
b.Presence or absence of nasal breathing disorder 鼻呼吸障害の有無 1.No 無 2.Yes 有		b. Walking 10m in a straight line with eyes open 開眼での直線10m歩行の状態 1. Walking straight without difficulty. まっすぐ歩き通す。 2. Although the patient almost fell and stumbled a little, they managed to walk. 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.Has to give up walking because of falling or frequeny staggering. 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。			b.Nutritional status 栄養状態 1.Good 2.Moderate 3.Poor [Height (cm), Body weight (kg)] 良 中 不良 [身長 (cm)、体重 (kg)]						
		c.Subjective and objective findings and laboratory results 自覚症状・他覚所見及び検査所見			c.Contents of meals 食事内容 1.No restrictions on food (食事内容に制限がない。) 2.Although the patient can eat normal foods to a certain extent, their diet is restricted due to insufficient chewing and swallowing functions. (ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下機能が十分ではないため、食事が制限される。) 3. The patient can only eat whole porridge and soft vegetables (全粥、軟菜以外は摂取できない。) 4. Since sufficient nutrition cannot be obtained through oral intake alone, it is necessary to use tube feeding in combination. (経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにノンデ栄養の併用が必要である。) 5. The patient can't take anything but liquid food. (流動食以外は摂取できない。) 6. Oral intake of food is extremely difficult. (経口的に食物を摂取することが極めて困難である。) 7. Inability to take food orally (経口的に食物を摂取することができない。) 8. Others (その他) ()						

Check either "Confirmed in medical records" or "Statement of the patient," and if it is based on the patient's statement, enter the date of the statement.
「診断書で確認された」の申立のどちらかにチェックをして本人の申立の場合、そのを拠拠した年月日を記入して下さい。

(Request) Please fill in clinical findings, etc. to the extent that you know them based on the medical records.
(お願い) 障害の状況は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

<div>(5) Speech or language impairment 音声又は言語機能の障害</div> <div>a. Degree of conversational communication (Please circle one that applies.) 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. The patient has almost no limitations in speaking or understanding and can carry on everyday conversations with anyone. 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. Although the patient has certain limitations in either speaking, listening, understanding, or both, they can carry out everyday conversation to a certain extent by mutual confirmation, etc. 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. The patient has a significant limitation in speaking and/or listening and understanding so everyday conversation consists partly of mutual inference, questioning, and guesswork. 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. The patient either loses the ability to speak or understand what is being said or is barely able to do both, so they are unable to carry out everyday conversations with anyone. 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。</div> <div>b. Unable to pronounce words (Please fill in if you have an articulation disorder, voice disorder, or hearing disorder) 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は、記入してください。)</div> <div><div>I 4 types of sounds (Plese circle applicable item.) 4種の語音(該当するもの1つを○で囲んでください。) Labial sound 口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等) 1.Capable 2.Patial 3.Not capable 全て発音できる 一部発音できる 発音不能 Dental sound, alveolar sound 歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等) 1.Capable 2.Patial 3.Not capable 全て発音できる 一部発音できる 発音不能 Alveolar hardpalatair sound 歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等) 1.Capable 2.Patial 3.Not capable 全て発音できる 一部発音できる 発音不能 Soft palatal sound 軟口蓋音(か行音、が行音等) 1.Capable 2.Patial 3.Not capable 全て発音できる 一部発音できる 発音不能</div><div>II Pronunciation test results (such as speech intelligibility tests) 発音に関する検査結果(語音発語明瞭度検査など)</div></div>	
--	--

c.The level of aphasia (Please report that In case of aphasia.)
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 The level of expression and comprehension of spoken language (Please circle the applicable option).
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。)
Word naming 単語の呼称
1.Capable 2.Generally Capable 3.hardly capable 4.Not Capable
できる おおむねできる あまりできない できない
Short sentence production (About 2 to 3 phrases) 短文の発話(2〜3文節程度)
1.Capable 2.Generally Capable 3.hardly capable 4.Not Capable
できる おおむねできる あまりできない できない
Long sentence production (About 4 to 6 phrases) 長文の発話(4〜6文節程度)
1.Capable 2.Generally Capable 3.hardly capable 4.Not Capable
できる おおむねできる あまりできない できない
Word comprehension 単語の理解
1.Capable 2.Generally Capable 3.hardly capable 4.Not Capable
できる おおむねできる あまりできない できない
Short sentence comprehension 短文の理解
1.Capable 2.Generally Capable 3.hardly capable 4.Not Capable
できる おおむねできる あまりできない できない
Long sentencecomprehension 長文の理解
1.Capable 2.Generally Capable 3.hardly capable 4.Not Capable
できる おおむねできる あまりできない できない

II Results of aphasia test (Standard Language Test of Aphasia(SLTA) etc.)
失語症に関する検査結果(標準失語症検査 (SLTA) など)

I hereby make the above diagnosis.
(上記のとおり診断します。
Name of hospital or clinic:
(病院又は診療所の名称)
Address:
(所在地)

Date:
Y/ M/ D
年 月 日

Name of department responsible for treatment:
(診療担当科名)

Physician's Signature:
(医師氏名)

You do not need to fill in columns that are unrelated to the extent or condition of the patient's disorder. (Please cross out irrelevant fields.)
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。)

Points to note when completing this document

記入上の注意

1. This medical certificate is one of the documents that must be attached to the pension claim of those who wish to claim invalidity benefits under the National Pension, Employees’ Pension Insurance, and will accordingly be used to verify whether or not the extent of the claimant’s disorder at 18 months after the initial consultation is applicable under any of the enforcement ordinance appendices of the National Pension Law, the Employees’ Pension Insurance Law (hereinafter, enforcement ordinance appendices).
It will also be used to establish whether an individual whose disorder was not of an extent applicable under any of the enforcement ordinance appendices 18 months after the initial consultation fell under any of the applicable states on or before the day preceding their 65th birthday.
[In addition, this certificate of diagnosis will also be used to verify whether the extent of a disorder is applicable under any of the enforcement ordinance appendices for individuals attempting to claim additional allowances for National Pension, Employees’ Pension Insurance benefits.]
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. In section ③, enter the date the patient first received medical treatment for the disease or injury causing the disorder, not the date of diagnosis, for the purpose of compiling this certificate of diagnosis. If the patient has previously been treated by another doctor, please provide the information based on the patient’s statement.
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。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
3. Regarding “Frequency of consultations” in section ⑨, please indicate the frequency of consultations during the last year preceding the onset of the current disorder. (Please note that one day of hospitalization should count as one medical consultation.)
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. Please note the following when filling out the “Disability Status” section.
「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) You do not need to fill in any fields that are not related to the degree and condition of the patient’s disability. (Please cross out any irrelevant fields.)
If there is not enough space to fill in all the information, please attach a separate piece of paper on which you provide the necessary information.
本人の障害の程度及び状態に無関係な欄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) As regards “(1)Hearing disorder”(section⑩),the best results should be reported in case that the individual underwent several measuremets during the past three months.
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) Please use the following method to calculate the “hearing level” in column ⑩.
① Measure the “hearing level value” with an audiometer.
② Calculate the “hearing level value” using the formula (a + 2b + c)/4.
a: Pure tone hearing level value for a sound with a frequency of 500 Hz
b: Pure tone hearing level value for a sound with a frequency of 1,000 Hz
c: Pure tone hearing level value for a sound with a frequency of 2,000 Hz
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、(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) For “Best speech intelligibility” in section ⑩(1), please enter the test results only if the “hearing level” is below 90 decibels.
The best speech intelligibility test should be conducted according to the method specified by the Audiology Society.
⑩の(1) 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) As regards "(1)Clinical finding"(section⑩),if an individual with a hearing disability who is not receiving disability pension is diagnosed with a hearing level of 100dB or more in both ears,
please conduct tests such as Auditory Brainstem Response(ABR) tests and include the testing methods and findings inthe documentation.
Please be sure to attach acopy of the data records along with this.
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、オージオメーター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添えてください。
6. In column ⑩(5), "I. Unpronounceable speech sounds," please fill in this column if you have a disability due to an articulation disorder, voice disorder, or hearing impairment.
If you have had a pronunciation test, please enter the test results in the "II. Pronunciation test results" column.
⑩の(5) 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. In the section (5) of ⑩, "C. Degree of aphasia," enter the degree of aphasia if the patient has aphasia. If aphasia tests were conducted, enter the test results in the section "II.
Test results for aphasia." If necessary, attach a table of the aphasia test results.
⑩の(5) 欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記載してください。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。