

補装具費支給についての意見書

(骨導式補聴器 (ポケット型・眼鏡型) 用)

氏 名		生年月日	年 月 日生																																																																																																															
障害名及び原因 となった 疾 病 ・ 外 傷 名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 *障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)																																																																																																																	
障 害 の 種 類	伝音難聴 ・ 混合難聴 ・ 感音難聴																																																																																																																	
経 過 ・ 現 症																																																																																																																		
聴力検査の結果	オーディオメーターの形式																																																																																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 気導力検査 右 —○—○— 左 —×—×— 骨導力検査 右 [左] スケールアウトの場合 ↓ で記載 <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">dB</th> <th>500Hz</th> <th>1000Hz</th> <th>2000Hz</th> <th>平均dB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>気</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>導</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>骨</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>導</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							250	500	1000	2000	Hz	-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						dB		500Hz	1000Hz	2000Hz	平均dB	気						導						骨						導					
	250	500	1000	2000	Hz																																																																																																													
-10																																																																																																																		
0																																																																																																																		
10																																																																																																																		
20																																																																																																																		
30																																																																																																																		
40																																																																																																																		
50																																																																																																																		
60																																																																																																																		
70																																																																																																																		
80																																																																																																																		
90																																																																																																																		
100																																																																																																																		
dB		500Hz	1000Hz	2000Hz	平均dB																																																																																																													
気																																																																																																																		
導																																																																																																																		
骨																																																																																																																		
導																																																																																																																		
補聴器の処方																																																																																																																		
支給を必要とする理由																																																																																																																		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 師 名																																																																																																																		

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。