

氏 名			生年月日	年 月 日生		
医 学 的 所 見	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)				
	障害の状況	注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。 現在の聴力レベル 右 dB ・ 左 dB				
補 装 具 の 処 方 内 容	補装具の 状況	・人工内耳使用開始日 (年 月 日から) ・音声信号処理装置の交換 無 ・ 有 (前回 年 月 日交換) ・音声信号処理装置の修理 無 ・ 有 (前回 年 月 日修理)				
	処方内容・修理を必要とする理由	注：新機種を使用したい等、本人の選好による機種の交換は対象外となります。また、人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付となります。				
	処方効果					
確 認 事 項	メーカー名					
	機種名					
	確認項目	☐ 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている ☐ 人工内耳音声信号処理装置の交換では無く、修理が必要である ☐ 人工内耳メーカーと提携する任意保険(動産保険)に加入していない				
上記のとおり意見を記載する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 師 名						