

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		男・女	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																																																																																																																			
	250 500 1000 2000 Hz																																																																																																																			
	-10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB	<table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </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="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 20%;">500Hz</th> <th style="width: 20%;">1000Hz</th> <th style="width: 20%;">2000Hz</th> <th style="width: 35%;">平均dB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>気</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>導</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>骨</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>導</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>					500Hz	1000Hz	2000Hz	平均dB	気					導					骨					導																																																																																											
	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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 医療機関名 診療担当科 医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div> </div>																																																																																																																				

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。