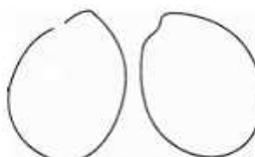


## 補装具費支給意見書（補聴器・人工内耳修理）

氏名		生年月日	年	月	日生（歳）			
原傷病名 障害名								
経過	※経過は必ず記入して下さい。なお、手術を施行しない理由も記入して下さい。							
障害現症	1 聴力レベル							
	検査日： 年 月 日 オージオメーターの型式： _____							
		気導聴力 (Hz)			骨導聴力 (Hz)		<留意点> ①平均値は「4分法」で計算してください。 ②気導聴力は、閾値が105 dB 以上の場合は、当該部分の dB を105 dB と記載してください。 ③骨導聴力は、測定不能（スケールアウト）の場合は、数値の横に矢印↓を記載してください。	
		500	1000	2000	平均	500		1000
右				dB				
左				dB				
※手帳認定時より聴力が改善し等級との乖離が認められる場合は、再認定を実施する必要があります。								
	2 鼓膜所見		3 語音明瞭度					
			※語音明瞭度による手帳所持者は、語音検査の結果を記入して下さい。 検査日： 年 月 日 検査語表 _____					
			右	% ( dB)				
			左	% ( dB)				
処方	◆ 補聴器							
	1 高度難聴用（聴力レベルが90 dB未満の方） 2 重度難聴用（聴力レベルが90 dB以上の方） ※聴力レベルが90dB未満で、重度難聴用を処方する場合は、以下に具体的な理由を記入して下さい。							
	[ ]							
	◆ 付属品							
	名称	必要とする医学的理由						
	イヤモールド	1. 既製の耳栓ではハウリングが生じてしまう。 2. その他 ※イヤモールドを必要とする具体的な理由を記入して下さい（既製の耳栓で試聴した結果等）						
◆ 耳あな型補聴器、骨導式補聴器等の補装具費支給には一定の条件があります。それらの補装具を必要とする場合は <u>医学的理由</u> を具体的に記入して下さい。人工内耳音声信号処理装置の修理の場合は、人工内耳音声信号処理装置確認票の作成をお願いします。								
	名称	必要とする医学的理由						
上記のとおり診断します。								
年 月 日								
医療機関名								
所在地								
診療担当科名								
作成医師名								