

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																																																																																														
	250 500 1000 2000 Hz <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</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="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">dB</td> <td>5 0 0 Hz</td> <td>1 0 0 0 Hz</td> <td>2 0 0 0 Hz</td> <td>平均dB</td> </tr> <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> </table>					-10					0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					dB		5 0 0 Hz	1 0 0 0 Hz	2 0 0 0 Hz	平均dB	気						導						骨						導					
-10																																																																																															
0																																																																																															
10																																																																																															
20																																																																																															
30																																																																																															
40																																																																																															
50																																																																																															
60																																																																																															
70																																																																																															
80																																																																																															
90																																																																																															
100																																																																																															
dB		5 0 0 Hz	1 0 0 0 Hz	2 0 0 0 Hz	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。