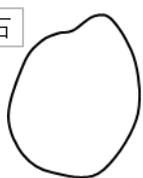
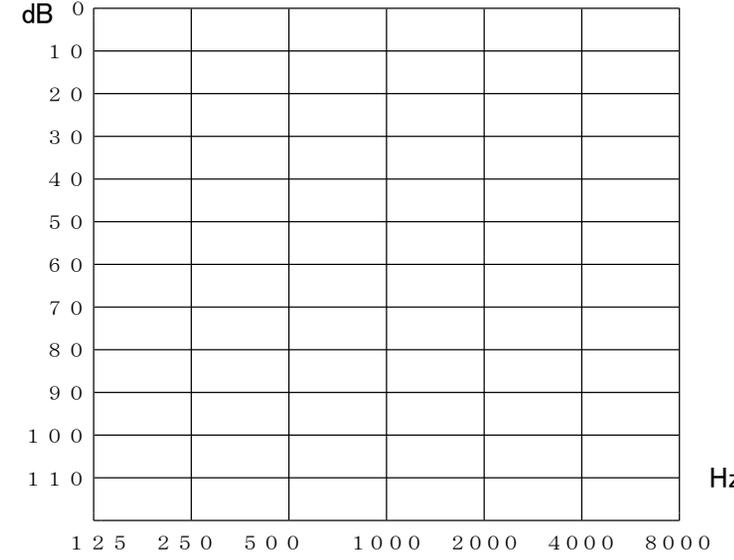


補装具費支給意見書（聴覚障害用）

ふりがな			生	年	月	日	
氏名	男女	年 月 日生（ 歳）					
住所					職 業		
障害名 ・聴覚障害（伝音性・感音性・混合性）							
原傷病名							
障害・疾患等の状況(注1参照)			右			左	
			<small>・正常・ほぼ正常・異常なし ・正常・ほぼ正常・異常なし</small> <small>・清明・小・大穿孔・希薄 ・清明・小・大穿孔・希薄</small> <small>・混濁・その他（ ） ・混濁・その他（ ）</small>				
聴力レベル		右	dB	聴力検査(純音による検査)			右— ○[
(会話音域の平均聴力レベル)		左	dB				左… ×]
補聴効果		右	有・無				
		左	有・無				
補聴器の処方	高度難聴用	1	ポケット型				
		2	耳かけ型				
	重度難聴用	1	ポケット型				
2		耳かけ型					
その他							
補聴器装用についての留意事項							
（イヤモールド 要・否）							
年 月 日							
医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 ㊟							
①身体障害者福祉法第15条第1項の指定医であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。						はい	いいえ
②指定自立支援医療機関であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。						はい	いいえ
③難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づく指定医である。						はい	いいえ

- (注1) 補聴器を必要と認める理由を記載すること。難病患者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。
- (注2) 障害者・児(内部疾患は呼吸器・心臓機能障害に限定)については、①又は②の医師が作成してください。難病患者については、①～③のいずれかの医師が作成してください。
- (注3) (注1)の医師による作成が困難な場合や御不明な点のある場合は、御本人のお住まいの市町村障害者福祉担当課にお問い合わせください。
- (注4) 所属学会とは、上記障害に係る医療・リハビリテーション関係の学会をいいます。