

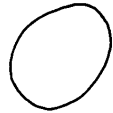
補装具費支給意見書 (補聴器)

氏 名	生年月日	性 別
	M・T・S・H・R 年 月 日生 歳	男・女


住 所

現 症 (診断時における状況)
・鼓膜所見など

(右)



(左)



伝音性難聴
 感音性難聴
 混合性難聴

		500	1000	2000	H
z	オーディオメータの型式				
聴力レベル	右				
左					

※ 記入に変えて聴力検査結果添付可

<p>所 見 (障害者総合支援法上)</p> <p>◎ 補聴器の必要性について</p> <p><input type="checkbox"/> 必要としない。 <input type="checkbox"/> 必要とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 (購入基準) <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 上記以外のもの [] その理由 () <p>○ イヤモールドの必要性について</p> <p><input type="checkbox"/> 必要としない。 <input type="checkbox"/> 必要とする。 (理由:)</p>	<p>その他所見 (・家庭内、職場における補聴器の使用状況 ・補聴器の使用歴等)</p> <p>補聴効果 (有・無)</p>
--	--

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地

診療科名 科 医師名 印

岐阜県身体障害者更生相談所意見欄

令和 年 月 日

記載上の注意

※ 1 太枠内について作成願います。
 2 所見の欄については、別紙「補聴器の支給について (基本事項)」参照により記入願います。