

補装具費支給意見書(補聴器)

氏 名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日生 (歳)	性別 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	オーディオメータ の型式: 左 dB 右 dB ※記入に変えて 聴力検査結果 添付可	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> <tr><td>-20</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>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> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		500	1000	2000	Hz	-20					-10					0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110					120				
	500	1000	2000	Hz																																																																														
-20																																																																																		
-10																																																																																		
0																																																																																		
10																																																																																		
20																																																																																		
30																																																																																		
40																																																																																		
50																																																																																		
60																																																																																		
70																																																																																		
80																																																																																		
90																																																																																		
100																																																																																		
110																																																																																		
120																																																																																		
所 見 (障害者総合支援法上) ◎補聴器の必要性について ☐ 必要とする ☐ 必要としない ☐ 高度難聴用ポケット型 (購入基準) ☐ 高度難聴用耳かけ型 ☐ 重度難聴用ポケット型 ☐ 重度難聴用耳かけ型 ☐ 上記以外のもの[] [理由:] ◎イヤモールドの必要性について ☐ 必要とする ☐ 必要としない [理由:]	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 補聴効果 (有 ・ 無)																																																																																	
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 医師名																																																																																		
岐阜県身体障害者更生相談所意見欄 令和 年 月 日 判定医師																																																																																		

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