

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			オーディオメータ の型式:		
右 左			左 dB		
<input type="checkbox"/> 伝音性難聴 <input type="checkbox"/> 感音性難聴 <input type="checkbox"/> 混合性難聴			右 dB		
			※記入に代えて 聴力検査結果 添付可		
所見(障害者総合支援法上) ◎補聴器の必要性について <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない <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〔 〕〔理由: 〕 ○イヤモールドの必要性について <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 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