

補装具費支給意見書(補聴器)

氏名				男女	明大昭平 年 月 日( )歳		
住所							
障がい名		聴覚障がい		等級	級		
原因となった疾病・外傷名		※障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない					
障がい・疾病等の状況		【注】補聴器を必要と認める理由が明確となるように記載する。 難病患者等について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。					
聴力障害の状況・鼓膜所見	平均聴力レベル	右耳:          dB	左耳:          dB	オージオメータ形式:			
	聴力検査の結果	検査: 平成          年          月          日			最高語音明瞭度:		
		周波数(Hz) 125 250 500 1000 2000 4000 8000 -20 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120			右耳: _____% 左耳: _____%		
聴力レベル(dB)			右耳	鼓膜所見			
			左耳	略正常 異常			
その他の所見		【注】耳あな型補聴器・骨導補聴器を処方する場合、外耳道・耳介の所見を具体的に記入のこと					

