

補装具支給意見書

(聴覚・音声・言語障害用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)																																																																																
住所	TEL																																																																																			
医学的所見	手帳	(交付 年 月 日) 級	障害名																																																																																	
	原傷病名	(発生 年 月 日)	難病等に該当(□する・□しない)																																																																																	
	障害原因	先天性・後天性(外傷・戦傷・戦災・産業・交通・疾病・その他)																																																																																		
学的所見	障害・疾患等の状況	1 オーディオグラム オーディオメーター型式() dB -20 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 2 鼓膜の状況 3 平均聴力レベル 右 dB 左 dB 4 語音明瞭度 5 音声・言語機能障害の状況 125 250 500 1000 2000 4000 8000Hz																			0								20								40								60								80								100								120								130							
0																																																																																				
20																																																																																				
40																																																																																				
60																																																																																				
80																																																																																				
100																																																																																				
120																																																																																				
130																																																																																				
補装具の処方内容	補装具の種目及び名称			・新規 ・再交付(前回交付 年 月 日) ・修理																																																																																
補装具の処方内容	補装具の処方内容	注: 補装具を必要と認める理由が明確になるよう記載する。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。																																																																																		
補装具の処方内容	処方効果																																																																																			
意見書作成年月日		年 月 日																																																																																		
		医療機関名																																																																																		
		医師氏名		印																																																																																

(注)聴力検査データの記載については、内容が同じものであれば各医療機関の検査データを添付しても差し支えないこと。