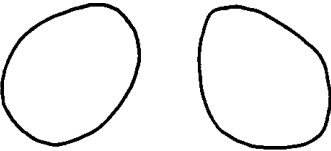


補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏 名			男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所						
障 が い 名						
原 因 と な っ た 疾 病 ・ 外 傷 名					交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
		疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
聴 覚 障 が い の 状 況	聴 力	右 dB	左 dB		会話音域の平均聴力レベル:4分法	
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴				
	鼓膜の状況					
	聴 力 検 査 の 結 果	【オーディオメーターの型式】 →				
		1252505001000200040008000 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 聴力レベル(dB) 1252505001000200040008000 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 周波数(Hz) 記入の仕方 気導:右耳 ○ 左耳 × 骨導:右耳 □ 左耳 □				
語音明瞭度	右 % 左 %					
	補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。					
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】					
音声・言語機能障がいの状況						

