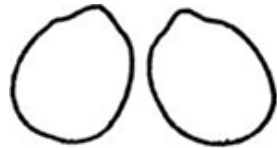


補装具意見書（聴覚言語）

(医学的判定)

氏名	男	T・S・H・R	住所																												
	女	年 月 日生 (歳)																													
障害名及び疾病	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所有者 (交付: S・H 年 月 日 種 級) <input type="checkbox"/> 障害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)該当者																														
	原因疾患・外傷名: 機能障害名:																														
障害の経過等	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。 発生日時: 年 月 日 (歳時) 原因: 戦争・労災・疾病・先天性・交通事故・その他事故・その他 () 発生・経過:																														
	現況(補聴器、使用歴、使用効果等):																														
	鼓膜の状況																														
	【所見】																														
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>右耳</td> <td>左耳</td> </tr> <tr> <td>聴力レベル(4分法)</td> <td>dB</td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>最良語音明瞭度</td> <td>(dB) %</td> <td>(dB) %</td> </tr> </table>		右耳	左耳	聴力レベル(4分法)	dB	dB	最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %																				
	右耳	左耳																													
聴力レベル(4分法)	dB	dB																													
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %																													
オージオグラム		<table border="1"> <tr> <td>聴力レベル dB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="8">周波数(Hz)</td> </tr> </table>	聴力レベル dB											125	250	500	1000	2000	4000	8000				周波数(Hz)							
聴力レベル dB																															
	125	250	500	1000	2000	4000	8000																								
	周波数(Hz)																														
使用オージオメーター形式 _____		記号 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>右</td> <td>左</td> </tr> <tr> <td>気導</td> <td>○-○</td> <td>×-×</td> </tr> <tr> <td>骨導</td> <td>[</td> <td>]</td> </tr> </table>		右	左	気導	○-○	×-×	骨導	[]																				
	右	左																													
気導	○-○	×-×																													
骨導	[]																													

1. 必要とする補聴器およびイヤモード

※ 補聴器の種類に○をつけ、イヤモードの要否を選択してください。

高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		その他 (例: 耳あな型、両耳)	イヤモード
ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型		
					要・不要

※ イヤモードの場合は、必要性をチェックしてください。

イヤモード	処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより、ハウリングが ocorrênciaやすい <input type="checkbox"/> わずかな動きで、耳栓が落下しやすい <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	------	---

※ その他(耳あな型、両耳)の場合は、特記事項に必要性を記入してください。

特記事項

2. 補聴器の使用による具体的効果を記入してください。

以上のとおりです

令和 年 月 日

医療機関名

診療担当科名

科

医師氏名

印

※ 本意見書作成医師

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者

難病医療拠点病院又は難病協力医療機関で難病に携わる医師で、所属学会で認定された専門医
上記所属学会名 ()

石川県身体障害者更生相談所欄

(処方及び工作上の注意点・交付不相当な理由)

左記のとおり(適当・不相当)と認定します。

令和 年 月 日

石川県身体障害者更生相談所

医師

印