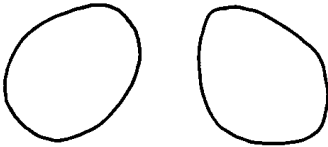


補装具費支給要否意見書(補聴器)

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	【オージオメーターの型式】 →						
		125 250 500 1000 2000 4000 8000 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 聴力レベル(dB) -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	風波数(Hz)				
	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								

