（別紙様式４）　　　　　補装具費支給意見書（補聴器用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 男　女 | 住　所 |  | 大　　昭平　　令 | 　　・　　・　　生 |
| 障害名又　は疾患名 |  | 原傷病名 |  | 身体障害者手帳の所持状況有**・** 無　・　申 請 中等級（申請等級）　　　級 |
|  | 聴力レベル（４分法） |
|  右耳　　　　　　　　ｄＢ　　　　　左耳　　　　　　　　ｄＢ　　　500Hz+1000Hz×2+2000Hz　　　　　　 　　 4 |
| 最 高 語 音 明 瞭 度 |
|  | 右 | 左 |
| 語音明瞭度 | ％ | ％ |
| 語音聴力レベル | ｄＢ | ｄＢ |
| 所見（現病歴、現症、状況及びその他参考事項等） |
|  |
| 補聴器の種類及び 処　　方 | １．高度難聴用ポケット型　２．高度難聴用耳かけ型　３．重度難聴用ポケット型４．重度難聴用耳かけ型　５．耳あな型（レディーメイド・オーダーメイド）６．骨導式ポケット型　７．骨導式眼鏡型　８．イヤモールド９．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 特例補装具費支給の必要性・意見 |  |
| 装用耳 | 右　　　左　　　両耳 | 補聴器による補聴効果 | 良　　　　　可 |
| 診療医所属所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 耳鼻咽喉科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　印　 　　　 年 　 　月 　 　日 |

　　　　※　担当医師名を自署する場合においては、押印を省略することができます。