（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。