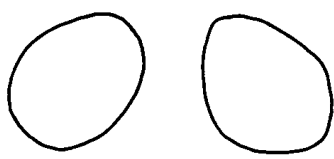


補装具費支給要否意見書(補聴器)

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】 →				
		<p style="text-align: right;">記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p>				
	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						

