

様式6-9

補装具費支給についての意見書

(骨導式補聴器 (ポケット型・眼鏡型) 用)

氏名		生年月日	年 月 日生																																																																							
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 *障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)																																																																									
障害の種類	伝音難聴 ・ 混合難聴 ・ 感音難聴																																																																									
経過・現症																																																																										
聴力検査の結果	オーディオメーターの形式																																																																									
	250 500 1000 2000 Hz																																																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 5%;">-10</td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100				
-10																																																																										
0																																																																										
10																																																																										
20																																																																										
30																																																																										
40																																																																										
50																																																																										
60																																																																										
70																																																																										
80																																																																										
90																																																																										
100																																																																										
気導力検査 右 ○—○— 左 —×—×— 骨導力検査 右 [左] スケールアウトの場合 / で記載																																																																										
dB		500Hz	1000Hz	2000Hz	平均dB																																																																					
気																																																																										
導																																																																										
骨																																																																										
導																																																																										
補聴器の処方																																																																										
支給を必要とする理由																																																																										
上記のとおり診断する。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 医療機関名 診療担当科 医師名 </div>																																																																										

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。