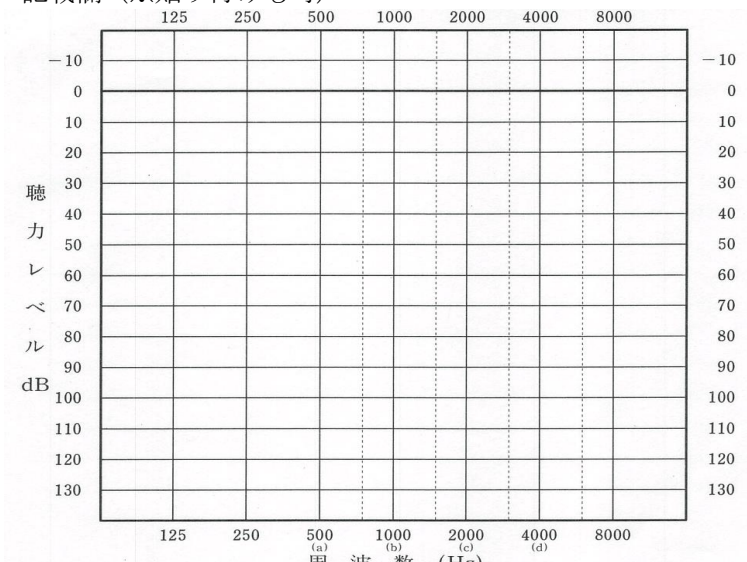


補装具費支給に関する意見書 (補聴器用)

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	1 適当 2 不適當 3 要確認 【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年 月 日

氏 名	男・女	生年 月日	年 月 日
住 所			歳
障害名及び原因とな った疾病・外傷名(○ をつける)	右 感音・伝音・混合 難聴 左 感音・伝音・混合 難聴 語音明瞭度不明瞭 その他 ()	疾病・傷病 発生年月	年 月 日 障害 等級 級
現 症	オーディオグラム記載欄 (※貼り付けも可) 		
4分法による聴力レベル (右 dB) (左 dB) 聴力測定日 年 月 日			
語音明瞭度検査 (右 %) (左 %) 検査日 年 月 日			
補聴器の装用 効果	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 試用した (<input type="checkbox"/> 効果あり <input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果不明 ()) <input type="checkbox"/> 未定 (児のみ選択可) <input type="checkbox"/> 再申請 現在の状況 補聴器を <input type="checkbox"/> 使用中 (形式) <input type="checkbox"/> なし		

裏面に続く

