補装具費支給意見書（補聴器用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生  （　　　歳） |
| 住所 |  | | | | |
| 原傷病名 | | ＊障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）該当（　□する　□しない） | | | |
| 現　　　　症 | （１）平均聴力　　　　　（３）聴力レベル　　　　　（４）外耳道・鼓膜所見  **５０**  **６０**  **７０**  **８０**  **９０**  **１００**  HZ   |  | | --- | | 右　　　　　　　dＢ | | 左　　　　　　　dＢ |   （２）障害の種類  　　・伝音性難聴  　　・感音性難聴  　　・混合性難聴  **５００　　　 １０００　　２０００**  【難病等の症状】（身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載してください） | | | | |
| 必要と認める補装具 | 補装具の名称 | | （種目）　　　　　　　　　　　（形式） | | |
| 処　方 | |  | | |
| 使用効果見込 | |  | | |
| 上記のとおり意見します。  　　年　　月　　日  病院又は診療所名  所 在 地  診療担当科名  作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

※記載は聴覚の身体障害者福祉法指定医師に限る