**補装具費支給意見書（補聴器）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 生年月日  　 Ｔ・S・H・R　　　　年　　　 月 　　日生 （　　　歳） | | | 性別  男 ・ 女 |
| 住　所 |  | | | | |
| 現　症（診断時における状況）  ・鼓膜所見など  　　　　　右　　　 左  □　伝音性難聴  □　感音性難聴  □　混合性難聴 | | | |  | | --- | | オージオメータの型式： | |  | | 左  dB | | 右  dB |   **※記入に変えて**  **聴力検査結果**  **添付可** | | |
| 所　見　（障害者総合支援法上）  　◎補聴器の必要性について  　　□必要とする  　　□必要としない  □高度難聴用ポケット型  　　　　　　（購入基準）  □高度難聴用耳かけ型  □重度難聴用ポケット型  □重度難聴用耳かけ型  □上記以外のもの〔　　　　　 〕  　○イヤモールドの必要性について  □必要とする　　□必要としない | | | | その他所見 :家庭内、職場における補聴器の使用状況  :補聴器の使用歴等 | |
|  | |
| 補聴効果　（　有　・　無　） | |
| 〔理由:　　　　　　　　　　　　　　　　　 〕  〔理由:　　　　　　　　　　　　　　　　　 〕 | |
| 上記のとおり診断する  令和　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　診療科名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | | | |
| 岐阜県身体障害者更生相談所意見欄  令和　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 判定医師 | | | | | |

　　　記載上の注意

　　　　　　1　太枠内について作成願います。

　　　　　　2　所見の欄については、別紙「補聴器の支給について（基本事項）」参照

岐阜県身体障害者更生相談所