**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