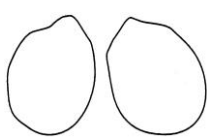


### 補装具費支給意見書(補聴器)

氏 名		男・女	大・昭・平	年	月	日( )	歳																																																																																																																																											
住 所																																																																																																																																																		
障がい名	聴 覚 障 が い	等 級	級																																																																																																																																															
原因となった 疾病・外傷名	※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)に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない																																																																																																																																																	
障がい・疾病等 の状況	【注】補聴器を必要と認める理由が明確となるように記載する。																																																																																																																																																	
標準純音聴力検査の結果 聴力レベル(4分法)  右 _____ dB  左 _____ dB	検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 オーディオメータ形式: _____				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="7">周波数(Hz)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> </tr> <tr> <td rowspan="13" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">聴力レベル(dB)</td> <td>-20</td> <td></td><td></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><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td><td></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><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td><td></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><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td><td></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><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td><td></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><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td><td></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><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					周波数(Hz)									125	250	500	1000	2000	4000	8000	聴力レベル(dB)	-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120							
		周波数(Hz)																																																																																																																																																
		125	250	500				1000	2000	4000	8000																																																																																																																																							
聴力レベル(dB)	-20																																																																																																																																																	
	-10																																																																																																																																																	
	0																																																																																																																																																	
	10																																																																																																																																																	
	20																																																																																																																																																	
	30																																																																																																																																																	
	40																																																																																																																																																	
	50																																																																																																																																																	
	60																																																																																																																																																	
	70																																																																																																																																																	
	80																																																																																																																																																	
	90																																																																																																																																																	
	100																																																																																																																																																	
110																																																																																																																																																		
120																																																																																																																																																		
最高語音明瞭度 (語音明瞭度による身体障害者手帳 所持者は、結果を記載してください。)  右 _____ %  左 _____ %																																																																																																																																																		
鼓膜所見  																																																																																																																																																		
補聴器 装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳  聴力が悪い耳に装用を処方する場合は理由を記載してください。 <input type="checkbox"/> 補聴器を既に使用している。(装用側: 右・左) <input type="checkbox"/> その他( )  <input type="checkbox"/> 両耳 ( 右耳 _____ 高度・重度 _____ 左耳 _____ 高度・重度 _____ )  両耳の場合はその理由を記載してください。(18歳以上は1人1個交付が原則となっています。) <input type="checkbox"/> 言語・聴能の発達促進のため(18歳未満) <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																																																	

