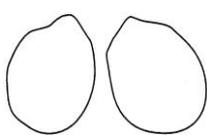


補装具費支給意見書(補聴器)

氏 名		男・女	大・昭・平	年	月	日()	歳																																																																																																																																											
住 所																																																																																																																																																		
障がい名	聴覚障害	等級	級																																																																																																																																															
原因となった 疾病・外傷名	※障がい者の日常生活、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(難病など)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: _____																																																																																																																																													
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 _____ %	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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																																																																																																																																																		
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(_____)																																																																																																																																																	

