

(別紙様式 3)

補装具費支給意見書（補聴器用）

氏名		男女	住所		生年月日	年 月 日	
障害名 又は 疾患名				原傷 病名	身体障害者手帳の所持状況 有 ・ 無 ・ 申請中 等級（申請等級） 級		
Audiogram of Hearing level in dB.					聴力レベル（４分法）		
					右耳 d B		
					左耳 d B		
					$\frac{500\text{Hz}+1000\text{Hz}\times 2+2000\text{Hz}}{4}$		
					最高語音明瞭度		
						右	左
					語音明瞭度	%	%
語音聴力レベル	d B	d B					
所見（現病歴、現症、状況及びその他参考事項等）							
補聴器の種類及び 処 方	１．高度難聴用ポケット型 ２．高度難聴用耳かけ型 ３．重度難聴用ポケット型 ４．重度難聴用耳かけ型 ５．耳あな型（レディーメイド・オーダーメイド） ６．骨導式ポケット型 ７．骨導式眼鏡型 ８．イヤモールド ９．その他（ ）						
特例補装具費支給の必要性・意見							
装用耳	右	左	両耳	補聴器による補聴効果	良	可	
診療医所属							
所在地							
耳鼻咽喉科 医師名 印							
年 月 日							

※ 担当医師名を自署する場合においては、押印を省略することができます。