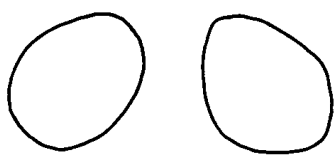
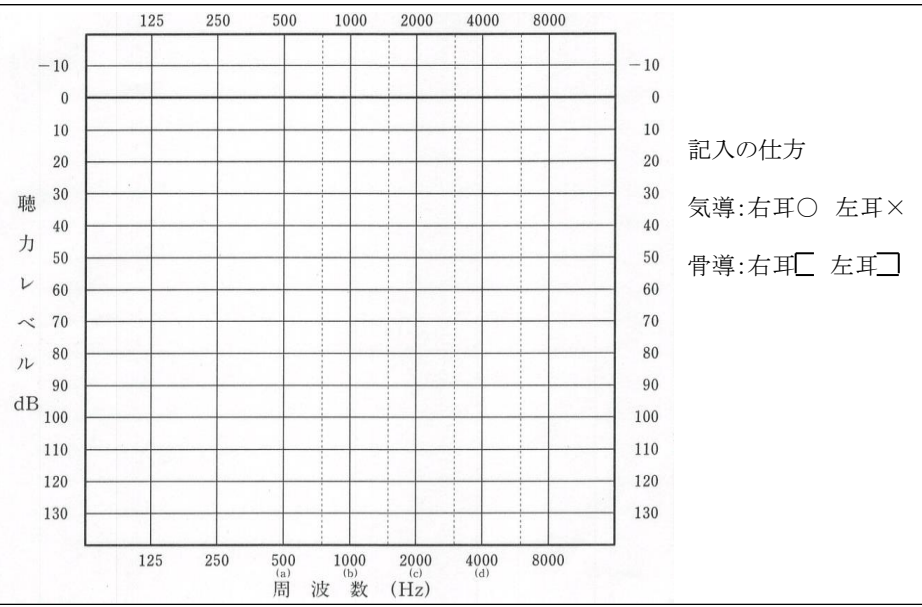


補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所					
障 がい 名					
原因となった 疾 病 ・ 外 傷 名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()	
疾病・外傷発生年月日				年 月 日	
聴 覚 障 が い の 状 況	聴 力	右	dB	左	dB
	聴力の種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
	鼓膜の状況				
	聴力検査の結果	<p>【オーディオメーターの型式】 →</p>  <p>記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p>			
	語音明瞭度	右	%	左	%
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】				
音声・言語機能 障がいの状況					

