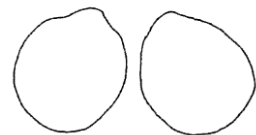
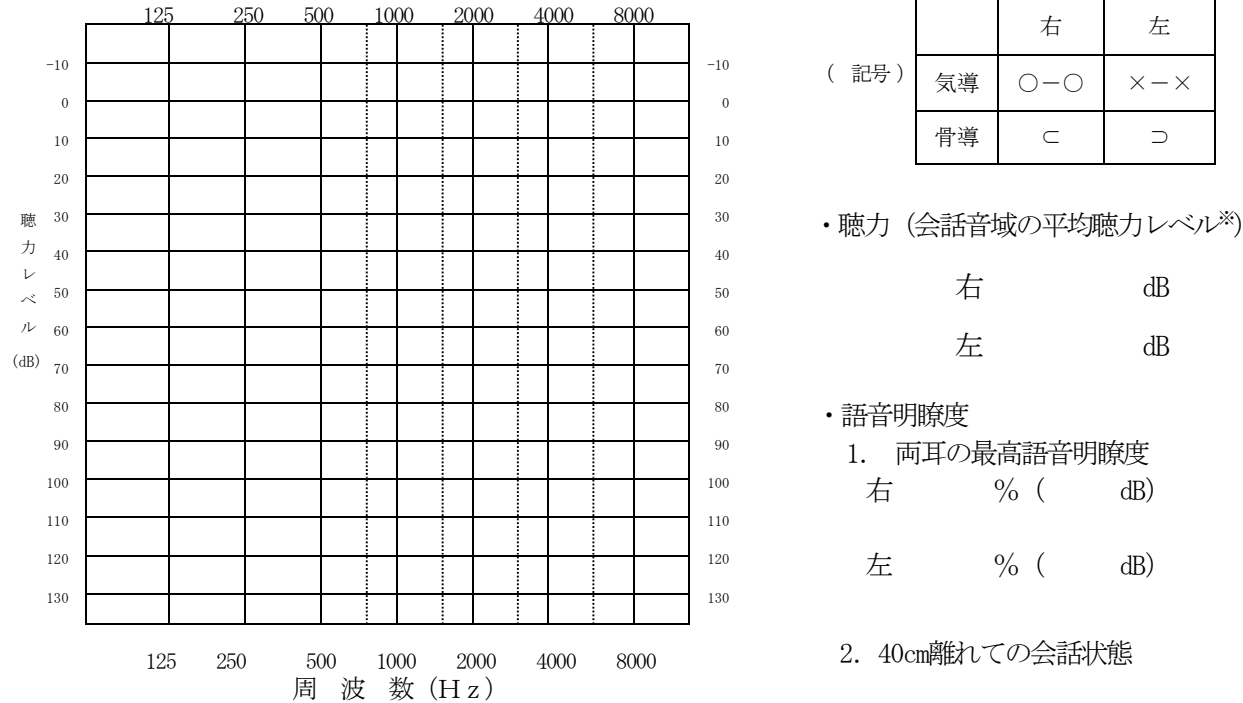


補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）

氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
原傷病名	伝音難聴 感音難聴 混合性難聴
現在の障がい状況及び原因となった疾病・外傷名	<p>鼓膜所見を記載してください</p>  <p>※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病に該当 (□する (疾病名)) ・ □しない</p>

オーディオグラム (気導・骨導の記号は必ず記入して下さい。)



※dB値は、周波数500、1,000、2,000Hzにおいて測定した値をそれぞれa, b, cとした場合、
 $(a+2b+c) / 4$ の算式により算定し、a, b, cのうちいずれか1、又は2において100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定してください。

補聴器の装着効果について	適応形式 高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 イヤモールド要 重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) 骨導式 (ポケット・眼鏡型)
(提出先)	年 月 日
大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長	
医療機関名	
所在地	
医師名	

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

補装具理由書 (聴覚障がい)

氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
<耳の状況> 1・いつ頃からきこえにくいですか (歳頃) 2・耳の病気をしたことがありますか (①ある ②ない) (ある場合) 病名 () 治療をしましたか (①した ②しない) 手術をしましたか (①した ②しない) 3・現在、通院している病院 (①ある ②ない) 4・耳鳴り ①ある (右 左 両方) ②ない 5・耳だれ ①ある (右 左 両方) ②ない 6. めまい ①ある ②ない 7・音はわかってても言葉として理解できますか (①できる ②できない)	
<補聴器について> 8・今までに使用したことがありますか ①現在使用中 (箱形=ポケット型 耳掛形=耳かけ型 挿耳形=耳あな型 骨導式) ②使用していたが使用をやめた (理由:) ③使用したことがない 9・どちらの耳に使いますか (右 左 両方 交代に) 10・どんなときに補聴器が必要ですか ①人と話をするとき ②会合のとき ③電話をきくとき (特殊電話の使用 ①あり ②なし) ④テレビ、ラジオをきくとき ⑤自動車運転のとき ⑥その他	
<対面時の様子> ・ 補聴器の装着 ①あり (右 左) ②なし ・ ゆっくり、はっきりと話せば、(ふつうの 簡単な) 会話であれば、 (充分 ある程度 なんとか) 理解できる ・ その他	
記入日	年 月 日 担当者名
区保健福祉センター	