

身体障害者医学的判定カード2 (聴覚障害用: 補装具費支給意見書)

受付番号: _____ (判定書番号 _____) 身体障害者更生相談所(和歌山県) H24 年度改正

| | | | | | | |
|--------|-------|------|---------|------------|--------------|-----------------------------|
| 相談日 | 年 月 日 | 場所 | | | | 手帳区分: 1 身体障害者 2 戦傷病者 3 他() |
| フリガネ氏名 | 男女 | 生年月日 | 船・疋・聊・鞆 | 年 月 日生()歳 | 在宅: 独居・ 人暮らし | 入院・入・通所() |
| 住所 | 〒 | | | | 就労: 無・有() | |

手帳 障害名: _____

程度: 種 級 番号: _____ 第 _____ 号 交付 昭和・平成 _____ 年 月 日 追加・変更・再交付 昭和・平成 _____ 年 月 日

起 因 傷病名 病名: _____ 原因: 疾病・先天性・交通・労災・その他事故・戦傷・その他

現 病 歴 大正・昭和・平成 _____ 年 月 日発症

合重併複症障及害び等

主 訴

受療状況 1 今までに医師の診断を受けた (その回数 _____ 回)
 2 受けていない(初聴: _____)
 3 最近診療を受けている(初聴: _____)

傷病名

障害の種類 1 伝音性難聴・2 感音性難聴・3 混合性難聴

現 症

(右)

(左)

| 気導聴力レベル | | 骨導聴力レベル | |
|---------|----|---------|----|
| 右 | dB | 右 | dB |
| 左 | dB | 左 | dB |

オーディオメータ型式 < _____ >

気導聴力検査 右耳: ○—○ 左耳: ×…×

骨導聴力検査 右耳: [_____] 左耳: [_____]

※ dB値については、周波数500・1000・2000Hz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該当値を105dBとして聴力レベルを算定する。

結果・指示 1. 補装具(補聴器): a 必要・b 不要 【左記に対する所見追加記入】

2. その他(_____) ※使用効果見込み

| | | | | |
|-------|-----------------|-----|-----------|---------|
| 補聴器処方 | 1 高度難聴用・2 重度難聴用 | 器 種 | 出力制限装置 | ボリューム |
| | a ポケット型・b 耳掛け型 | 装用耳 | 耳栓・イヤモールド | サブボリューム |
| | c その他(_____) | 音色 | フック(耳掛) | イヤホン |

上記のとおり意見する

年 月 日 医療機関名 _____ 医師名 _____

診療科名及び〒 _____