

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) R1 年度改正

相談日	令和 年 月 日	場所		手帳区分: 1 身体障害者 2 戦傷病者 3 他()
-----	----------	----	--	-----------------------------

フリガナ氏名		男女	生年月日	船・疔・脚・靴 年 月 日生()歳	在宅: 独居・人暮らし 入院・入通所()
--------	--	----	------	-----------------------	--------------------------

住所		Tel	就労: 無・有()
----	--	-----	------------

手帳	障害名: 程度: 種 級 番号: 第 号 交付: 脚・靴・脚 年 月 日 追加・変更・再交付: 脚・靴・脚 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・令和 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(その数:)
 3 最近診療を受けている(その数:)

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

dB	250	500	1000	2000	4000	Hz
0						
10						
20						
30						
40						
50						
60						
70						
80						
90						
100						
110						

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	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
 令和 年 月 日 医療機関名 診療科名及びTel 医師名 Ⓜ