

身障補装具(聴覚障害用補聴器)交付文書判定用医学的意見書記入上のお願い

横浜市障害者更生相談所

平成20年4月1日をもって補装具補聴器の名称が変更になりました。つきましては旧名称ご参照いただき、また下記「お願い」をご了知のうえ作成くださいますようお願い申し上げます。

補装具文書判定用紙(聴覚)R元年8月版

医学的判定(意見)書 (聴覚障害用)									
フリガナ			性別		横浜市 区				
氏名			男・女		住所				
年 月 日 T S H R			年 月 日生 () 歳		電話 ()				
聴覚の原因疾患									
発生時期 H R 年 月									
この意見書の聴力図が補聴器調整の根拠となりますので、気導値と骨導値を、できるだけ広い帯域で測定し記入してください。									
診察の結果、手帳記載の聴覚単独の等級と一致せず等級変更を申請するために診断書が作成された場合はこの項に記入してください。									
診察の結果、手帳記載の聴覚単独の等級と一致した場合はこの項に記入してください。									
診察の結果、身障手帳の聴覚障害認定を初めて申請するために診断書が作成された場合はこの項に記入してください。									
装用側の指定とイヤモールドの要否を必ず記入してください。 ※高度難聴用補聴器が適用の方で、差額自己負担で耳あな型補聴器へ変更する場合には、補装具制度上は「高度難聴用耳かけ型補聴器」としての交付となります。該当箇所に記載をお願いします。									
※骨導補聴器は外耳道閉鎖など気導補聴器が装着使用できないケースに対する処方を想定しています。処方理由を記入してください。特に眼鏡型を処方する場合は別途理由が必要です。									
令和 年 月 日									
所在地 〒									
電話番号 () 15条指定医(聴覚) 耳									
医療機関名									

医学判定	
上記意見書に基づき判定し、上記補装具の使用が必要と (認めます ・ 認めません)。	
横浜市障害者更生相談所 耳鼻咽喉科医師 _____ 印	

横浜市 区長	健康相 第 _____ 令和 年 月 日 横浜市障害	お問合せ 横浜市障害者更生相談所 045-473-0666
--------	----------------------------	-------------------------------------

判定結果は上記の通りです。