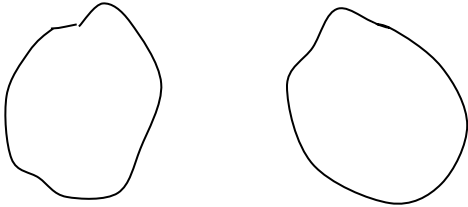


身体障害者医学的判定カード2 (聴覚障害用:補装具費支給意見書)

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	平成 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・疋・躰・臈 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	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									
詳細なる現症及び聴覚障害の状況	主訴										気導聴力レベル		骨導聴力レベル	
	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:)										右 dB		右 dB	
	傷病名										左 dB		左 dB	
	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)													
														
											dB			
											0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110			
											250 500 1000 2000 4000 Hz			
										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:]				
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 平成 年 月 日 医療機関名 診療科名及びTEL 医師名										印				