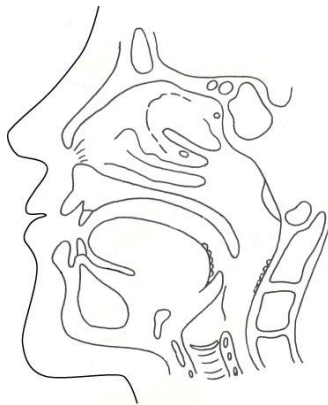
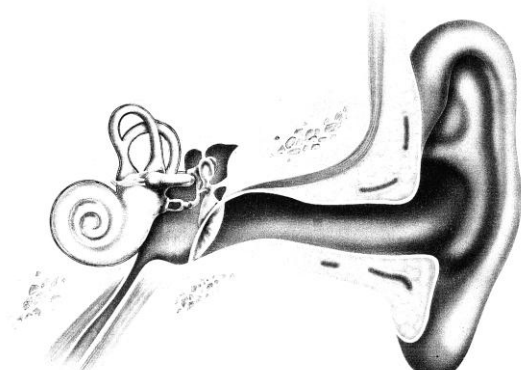


		1 新規 2 変更 3 再認定	
ふりがな 氏　名		生年月日	年　月　日
住　所			
障 害	原　病　名：		
	機能障害名：		
障 害 の 発 生 と 経 過	(1) 上記の機能障害を起こした年月日		年　月　日
	(2) 障害が永続すると判定された日		年　月　日　推定・確認
	(3) 現在までの治療経過		
手　術　年　月　日		年　月　日	
医療の具体的方針			
治療効果の見込み		術前の等級 術後の等級	級 級
身体の状態及び所見			
音声・構音障害及びその他の機能障害（形態異常）の所見			
過去の手術歴及び今回の手術内容			
			

1 聴覚障害の状態及び所見

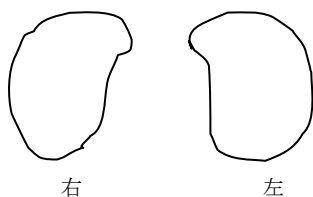
(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右	.	dB
左	.	dB

(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態



オーディオメーター型式 _____

	250	500	1000	2000	4000Hz
0					
5					
10					
15					
20					
25					
30					
35					
40					
45					
50					
55					
60					
65					
70					
75					
80					
85					
90					
95					
100					
105					
dB					

2 補聴器及び術後の聴力検査

右	.	dB
左	.	dB

オーディオメーター型式 _____

	250	500	1000	2000	4000Hz
0					
5					
10					
15					
20					
25					
30					
35					
40					
45					
50					
55					
60					
65					
70					
75					
80					
85					
90					
95					
100					
105					
dB					

3 語音による検査

語音明瞭度（検査データーを添付）

右	% (	dB)
左	% (	dB)

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 聴覚障害用

氏 名				年 齢	歳	
手 術 名						
診療見込 期 間		入 院	自 月 日 至 月 日	入院外	自 月 日 至 月 日	
手術料	内 容		第1月	第2月	第3月	合 計
	輸血・麻酔					
	薬剤・材料等					
投 薬	院外処方（有・無）					
	薬品料					
	薬品名：					
注 射	注射料					
	注射名：					
処 置	術後処理等（処置時の薬剤等を含む）					
検 査	X-P・CT等					
	血液検査等					
基本診療（初診・再診料）						
入 院 料						
そ の 他：						
合 計						円

上記のとおり診断しました。 年 月 日

指定自立支援医療機関（更生医療）所在地
名 称

指定医師氏名 _____