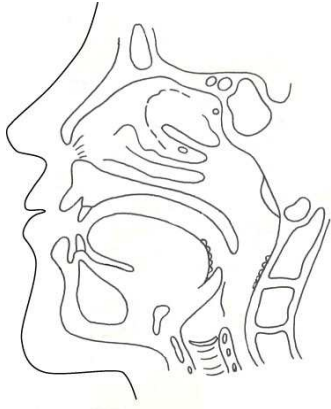
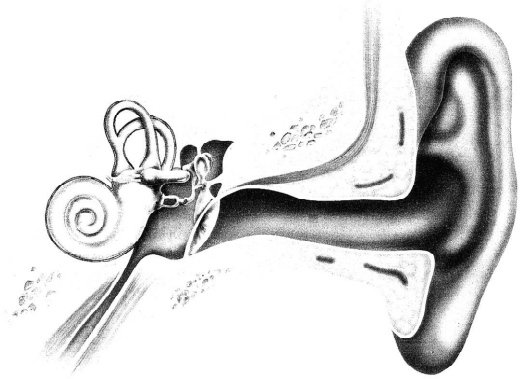


自立支援医療(更生医療)要否意見書 **聴覚障害用**

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 級 術後の等級 級
身体の様況及び所見			
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

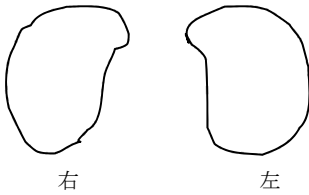
(1) 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)

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 至	月 月	日 日	入院外	自 至	月 月	日 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 _____