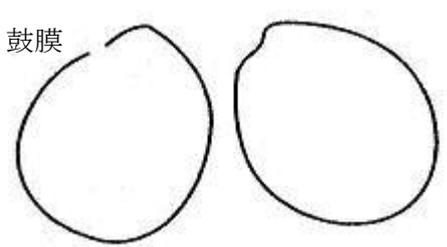


医学的意見書（耳鼻科）

受付番号 耳 _____		受付日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																																																						
フリガナ		身体 障害者 手帳	有 無 申請中 障害等級 種 級 交付日 年 月 日 手帳番号 県第 _____ 号																																																																																					
氏名			障害名																																																																																					
明・大・昭・平 年 月 日生 歳			による聴力障害（右 _____ dB・左 _____ dB）																																																																																					
居住地																																																																																								
主訴	① 補装具（種類 _____） ② 自立支援医療〔更生医療〕（新規 ・ 継続 _____） <div style="text-align: right; font-size: small;">※いずれかを選択してください。</div>																																																																																							
病名	<small>※補装具の申請において、身体障害者手帳を有しない難病患者等の場合、障害者総合支援法施行令に規定する疾病名を記載して下さい。</small>																																																																																							
既往症及び現症	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> 鼓膜  </div> <small>※補装具の申請において、難病患者等であって、難病等の症状に変化や進行がある場合は、その具体的な状況を記載して下さい。（症状が変化する場合は、「症状がより重度な状態」と「症状がより軽度の状態」でどのように変化するのか、「どのくらいの時間・期間」で変化するのか等、具体的に記載して下さい。また、症状が進行する場合は、「どのくらいの期間」で「どのような状態」になることが想定されるか等、具体的に記載して下さい。）</small>																																																																																							
聴力検査の結果	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 50%;"> <p>検査方法 ※どちらかを選択してください。</p> <p>① 語音による検査 型式： _____</p> <p>② 純音による検査 型式： _____</p> <p style="font-size: small;">（オーディオメーターの型式が新規格(聴力レベル)のもの）</p> <p>聴力（会話音域における平均レベル）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="text-align: center;">$\frac{a + 2b + c}{4}$</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">=</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">dB</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td style="text-align: center;">$\frac{a + 2b + c}{4}$</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td></td> <td style="text-align: center;">dB</td> </tr> </table> <p>500Hz の値… a 1000Hz の値… b 2000Hz の値… c</p> <p>※100dB の音が聴取できない場合は当該部分を105dB として計算すること</p> </div> <div style="width: 45%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 20%;">500</th> <th style="width: 20%;">1000</th> <th style="width: 20%;">2000</th> <th style="width: 15%;">Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">130</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">dB</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; font-size: x-small;"> ○…右気導 ×…左気導 ↓…スケール外 […右骨導]…左骨導 気道は線で結ぶ 骨導は線で結ばない </div> </div> </div>			右	$\frac{a + 2b + c}{4}$	=		dB	左	$\frac{a + 2b + c}{4}$	=		dB		500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110					120					130				
右	$\frac{a + 2b + c}{4}$	=		dB																																																																																				
左	$\frac{a + 2b + c}{4}$	=		dB																																																																																				
	500	1000	2000	Hz																																																																																				
0																																																																																								
10																																																																																								
20																																																																																								
30																																																																																								
40																																																																																								
50																																																																																								
60																																																																																								
70																																																																																								
80																																																																																								
90																																																																																								
100																																																																																								
110																																																																																								
120																																																																																								
130																																																																																								

補 装 具	補装具の名称と型式 ※該当するものを選び○をつけてください。 【補聴器】 ①高度難聴用ポケット型 ②高度難聴用耳かけ型 ③重度難聴用ポケット型 ④重度難聴用耳かけ型 その他 () 【付属品】 イヤモールド 要 ・ 不要	⑤耳あな型 (レディメイド) ⑥耳あな型 (オーダーメイド) ⑦骨導式ポケット型 (骨導レシーバー、ヘッドバンド含む) ⑧骨導式眼鏡型

自 立 支 援 医 療 (更 生 医 療)	医療の具体的方針 手術 (手術名) その他 (内容)																
	治療期間	概算額 ※治療期間中の総額を記入															
	<table border="0"> <tr> <td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>～</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> (入院 月 日～ 月 日) 手術 月 日 通院 月 日～ 月 日 </td> </tr> </table>	年	月	日	～	年	月	日	(入院 月 日～ 月 日) 手術 月 日 通院 月 日～ 月 日							手術	円
		年	月	日	～	年	月	日									
		(入院 月 日～ 月 日) 手術 月 日 通院 月 日～ 月 日															
		投薬注射	円														
		処置	円														
		検査	円														
		基本診療	円														
		入院	円														
通院	円																
その他	円																
計	円																

医療所見 (補装具または本医療の効果・必要性) ※必ず記入してください (具体的に)。

※ ポケット型、耳かけ型の対象者で、本人が耳あな型を希望している場合は、下欄にチェックをしてください。 差額自己負担による耳あな型

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

補装具については、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項 (身体障害者手帳) に基づく指定医 (障害分野：聴覚障害) が記入して下さい (連名可)。また、難病患者等については、難病医療拠点病院又は難病協力医療機関の医師による記入も可 (連名可)。
自立支援医療 (更生医療) については、障害者総合支援法第 59 条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい (連名可)。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定		
	否の理由	
平成 年 月 日		
三重県障害者相談支援センター		
医師氏名		印