
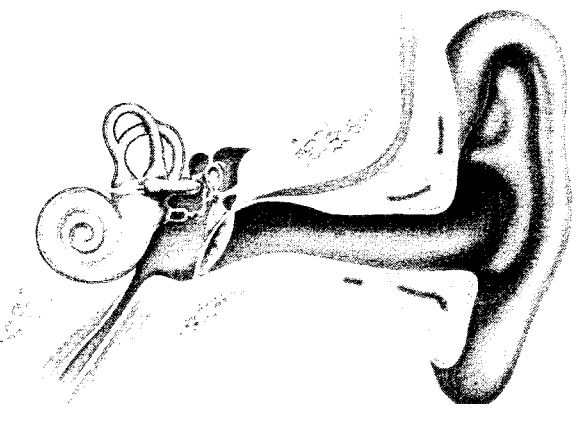


自立支援医療（更生医療）要否意見書（聴覚障害用）

		1 新規 2 変更 3 再認定		
ふりがな 本人氏名		生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	
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				
治療効果見込み		術前の等級	種類	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

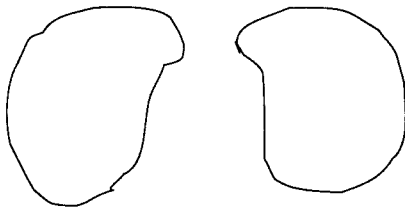
(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

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（検査データを添付）

右	%
左	%

別紙様式2号－2（3）

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（聴覚障害用）

氏 名		男・女	年 齢	歳	
手術名					
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				
	薬品名（錠錠等）				
注射	注射名（等）				
処置	術後処理等（処置時の薬剤等を含む）				
検査	X-P				
	血液検査等				
	基本料				
	入院料				
	その他（）				
計					円

診療見込期間	入 院	自 月 日 至 月 日	入院外	自 月 日 至 月 日
--------	-----	----------------	-----	----------------

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

指定自立支援医療機関（更生医療）指定医師氏名

印

自立支援医療（更生医療）を適当と認定します。

年 月 日

身体障害者更生相談所 医師

印