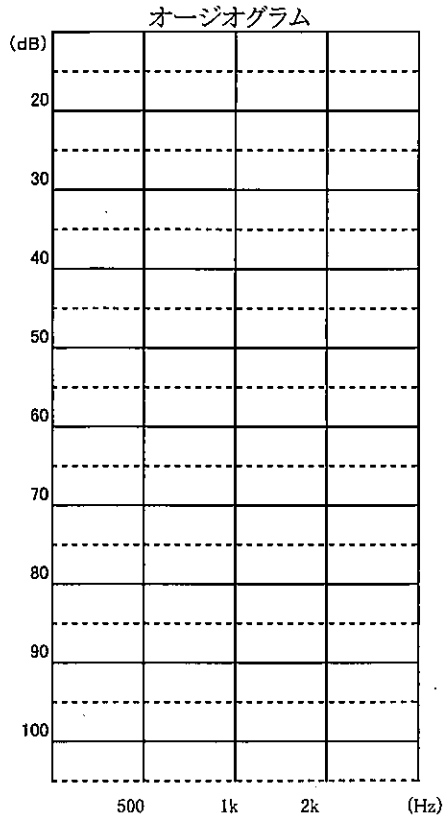


補装具費支給(難病患者等)意見書(補聴システム)

住所	
氏名	年 月 日生(歳)
疾患名	
現症	○○



	右	左
(記号)		
気導	○—○	×—×
骨導	[]

(気導、骨導聴力を必ず記載すること)

○聴力レベル (会話領域気導平均)	右	dB
	左	dB

○語音明瞭度検査

[

<p>【補聴システム】</p> <p>1. 重度難聴用 補聴システム一式</p> <p>2. 人工内耳用 補聴システム一式</p> <p>3. その他</p>	<p>【受信機装用】</p> <p style="text-align: center;">右耳 : 左耳</p>
<p>理由: ①補聴システムの必要な理由を記載してください。</p> <p style="text-align: center;">②受信機両耳必要な場合は、その理由を記載してください。</p>	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">診療機関名 診療科 医師名</p>	

意見書は、18歳以上の者については、身体障害者福祉法第15条に定める指定医師で聴覚障害の指定を受けている者、又は障害者総合支援法第59条に定める自立支援医療を主として担当する医師が作成すること。18歳未満の者については、指定自立支援医療機関又は保健所の医師が作成すること。また、これに加えて難病拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医が作成すること。

※原則として、補聴システムは重度難聴(2級3級)の方を対象としており、受信機、送信機とも1個の支給である。

また、補聴システムは、職業的教育的に真に必要な場合に限られる。

※補聴システム一式とは、送信機(マイク)、受信機を含む。