

## 自立支援医療（更生医療）意見書



|  |               |       |       |     |    |
|--|---------------|-------|-------|-----|----|
| 氏名   | 昭和・平成 年 月 日 歳 |       |       |     |    |
| 住所   |               |       |       |     |    |
| 医学的所見  |               |       |       |     |    |
| 診断日  | 年 月 日         | 障害発生  | 年 月 日 |     |    |
| 聴覚障害をきたした原疾患名  |               |       |       |     |    |
| 障害名  | 伝音性難聴         | 混合性難聴 | 感音性難聴 | ろうあ |    |
| 症状経過<br>治療過程<br><br>現症（耳鼻疾患の有無と障害程度）<br><br>期待される効果<br><br>医療の具体的方針（術名）<br><br>入院予定日 令和 年 月 日 手術予定日 令和 年 月 日 |               |       |       |     |    |
| 医療の概要  |               |       |       |     |    |
| 医療費概算内訳  | 治療期間          | 入院    | ヶ月    | 通院  | ヶ月 |
|  | 費用概算          | 健保点数  | 点     | 金額  | 円  |
|  | 初・再診          |       | 点     | 検査  | 点  |
|  | 投薬注射          |       | 点     | 入院  | 点  |
|  | 処置            |       | 点     | その他 | 点  |
| 手術   |               | 点     |       | 点   |    |

上記のとおり診断する。併せて更生医療の適用検査に必要な意見を付する。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

指定(届出)医師名（自署）

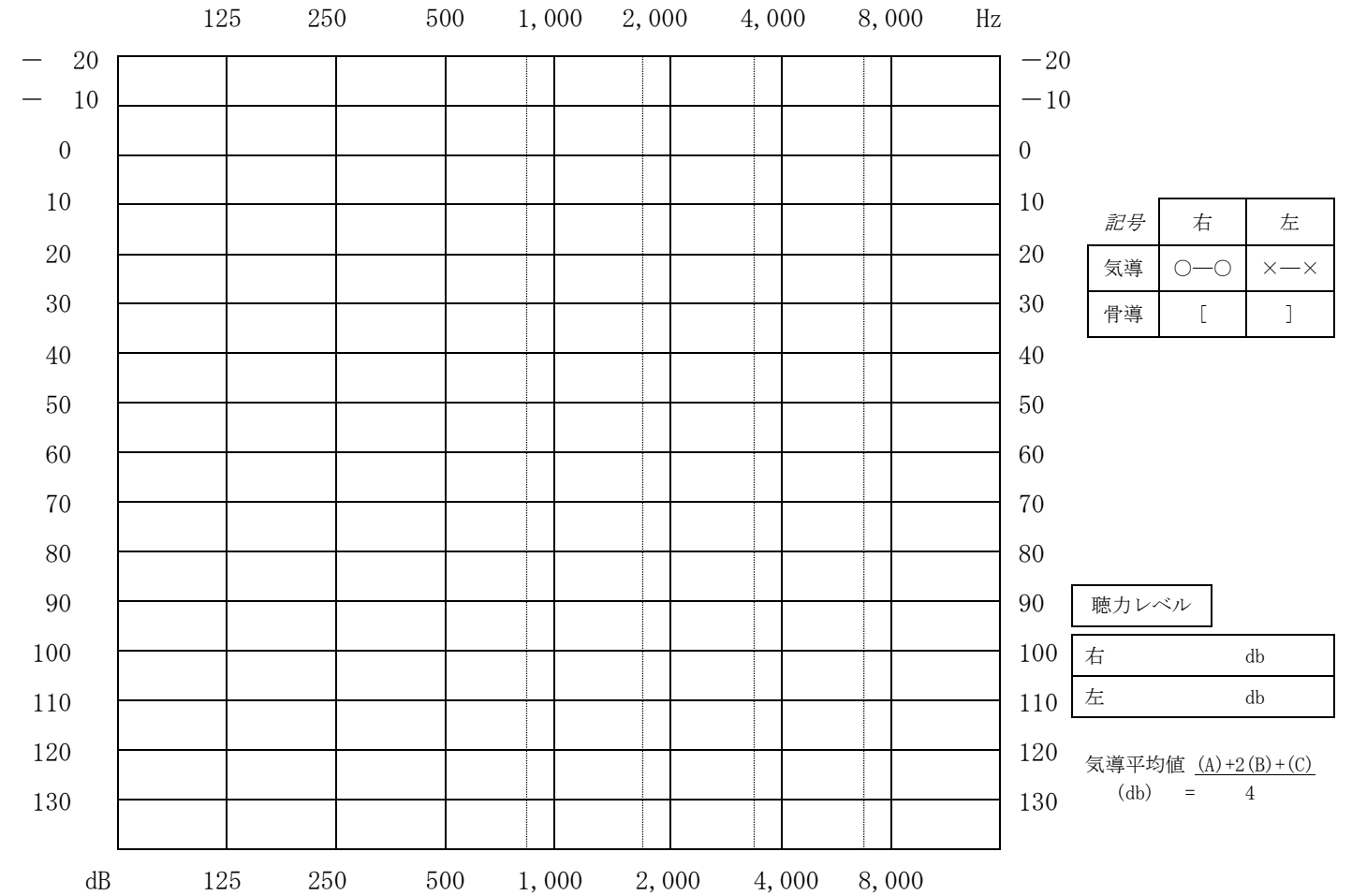
診療担当医師（自署）

（自署でない場合は氏名の右に押印してください。）

## 聴 力 検 査

|             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 補聴器装用経験の有無  | 有・無          |         |
| 年 月から       | 型補聴器を装用      |         |
| 補聴器装用効果の有無  | 有・無          |         |
| ① 補聴器だけで会話可 | ② 補聴器と対面で会話可 | ③ 筆談が必要 |
| ④ 手話と口語併用   | ⑤ 手話のみ       |         |

### オージオグラム



### 語音明瞭度（簡易法）

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | キ | シ | タ | ニ | ヨ | ジ | ウ | ク | ス |
| ネ | ハ | リ | バ | オ | テ | モ | ワ | ト | カ |

（正答に○印をつけること）

（補聴器を装用すること）

正答率

×100=  %

20