

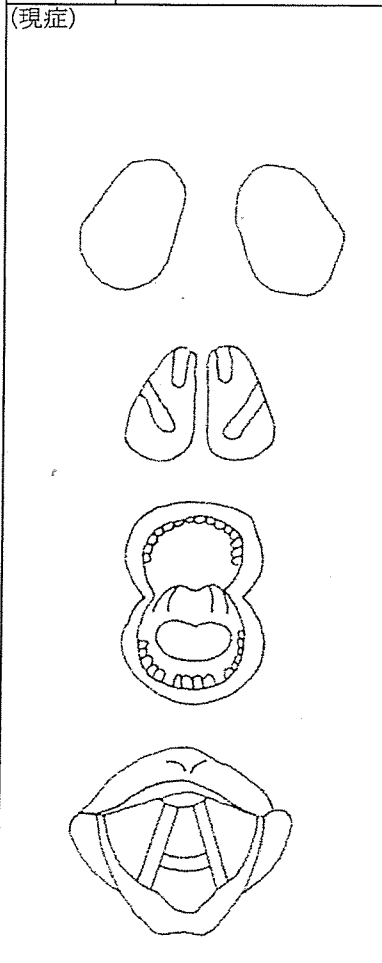
更生医療意見書 (聴覚・音声・言語)

年 月 日

医療機関名

指 定 医

|      |  |   |    |      |       |    |  |
|------|--|---|----|------|-------|----|--|
| ふりがな |  | 男 | 生年 | 明大昭平 | 年 月 日 | 職業 |  |
| 氏名   |  | 女 | 月日 |      |       |    |  |
| 住所   |  |   |    |      |       |    |  |
| 原傷病名 |  |   |    |      |       |    |  |
| 障害名  |  |   |    |      |       |    |  |



(病歴)

|      | 気導 | マスク音 | 骨導 | マスク音 | オージオメーター |
|------|----|------|----|------|----------|
| 右耳 赤 | ○  | dB   | □  | dB   |          |
| 左耳 青 | ×  | dB   | □  | dB   | 検者       |

Audiogram

|     | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 | 10000 |
|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|-------|
| -20 |     |     |     | 800  | 1500 | 3000 | 6000 | 10000 |
| -10 |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 0   |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 10  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 20  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 30  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 40  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 50  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 60  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 70  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 80  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 90  |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 100 |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 110 |     |     |     |      |      |      |      |       |
| 120 |     |     |     |      |      |      |      |       |

dB 125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz

|             |   |    |   |    |
|-------------|---|----|---|----|
| 会話音域平均聴力損失値 | 右 | dB | 左 | dB |
| 最良語音明瞭度     | 右 | %  | 左 | %  |

イ. 第 級 号に該当 □. 非該当

審査の結果、更生医療の給付は { 適 当 } と認める。  
 { 不 適 当 }

年 月 日

判定医

更生医療意見書（聴覚・音声・言語）

|  |            |            |          |                  |       |    |  |
|--|------------|------------|----------|------------------|-------|----|--|
| ふりがな<br>氏名   |            | 男<br>女     | 生年<br>月日 | 明<br>大<br>昭<br>平 | 年 月 日 | 職業 |  |
| 住所   |            |            |          |                  |       |    |  |
| 原傷病名   |            |            |          |                  |       |    |  |
| 現 症  |            |            |          |                  |       |    |  |
| 更生医療   | 要 否        | 入院 日、 通院 日 |          |                  |       |    |  |
| 診療の具体的方針   | 手術         | (円)        | (備考)     |                  |       |    |  |
|  | 投 薬<br>注 射 |            |          |                  |       |    |  |
|  | 処 置        |            |          |                  |       |    |  |
|  | 検 査        |            |          |                  |       |    |  |
|  | 基本診療       |            |          |                  |       |    |  |
|  | 入 院        |            |          |                  |       |    |  |
|  | そ の 他      |            |          |                  |       |    |  |
|  | 計          |            |          |                  |       |    |  |
| 食事療養費  |            |            |          |                  |       |    |  |
| 治療効果見込   |            |            |          |                  |       |    |  |
| 補装具の要否   |            |            |          |                  |       |    |  |
| 訓練の要否<br>(具体的に)  |            |            |          |                  |       |    |  |
| <p>上記のとおり診断し、その医療費を概算します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関</p> <p style="text-align: center;">指 定 医</p> |            |            |          |                  |       |    |  |