

補装具費支給意見書（ 交付・修理 ）

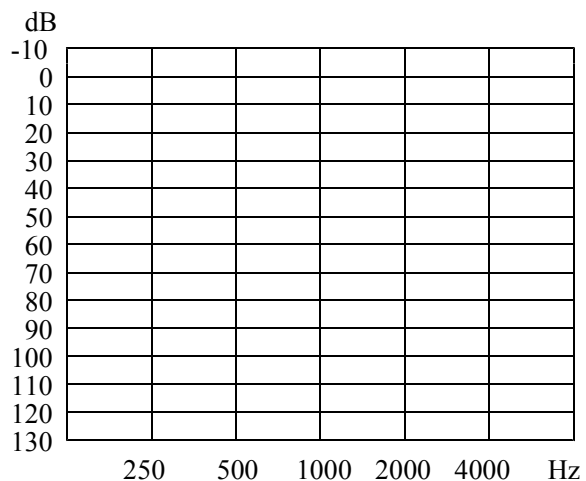
受 付	令和 年 月 日				
氏 名	大正 昭和 平成 令和 年 月 日（満 才）		手帳 等級	級	手帳 番号
			障 害 名		
住 所					
傷病名	* 特殊の疾病（難病等）に該当 （ ☐ する・ ☐ しない）				
現 症	* 聴覚障害、視覚障害については裏面も記入してください。 * 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記入してください。				
補装具名 又は 修理部位					
補装具の 処方内容 及び 工作的所見	* 補聴器の処方内容・装用耳について、下記より選択してください。 処方内容 高度難聴用 ポケット型 イヤモールドつき 重度難聴用 耳 か け 型 イヤモールドなし * その他記載事項 （車椅子・重度障害者用意思伝達装置の場合、希望の型式、必要な付属品を記入して下さい。）				
補装具使用 による 効果見込み					
上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名					

- * この意見書が使用できるのは、補聴器（ポケット型・耳かけ型の福祉対応機種）、重度障害者用意思伝達装置、眼鏡、車椅子です。
- * 車椅子（オーダーメイド）の場合は、申請された方が、歩行困難等の理由により障がい者相談支援センターで医学的判定を受けられない場合のみ使用してください。（別紙処方箋を添付すること。）
- * 車椅子（意見書による支給申請）については、意見書を作成した医師により適合判定を行ってください。

(記入上の注意)

補装具の種目が、補聴器、眼鏡である場合は、検査値を記入してください。

1 聴 力



・聴力検査結果（4分法）

	右	Hz	左	
		500		
		1000		
		2000		

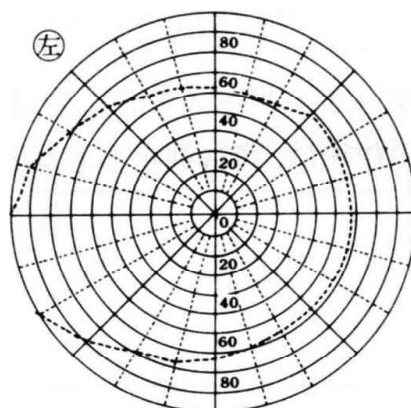
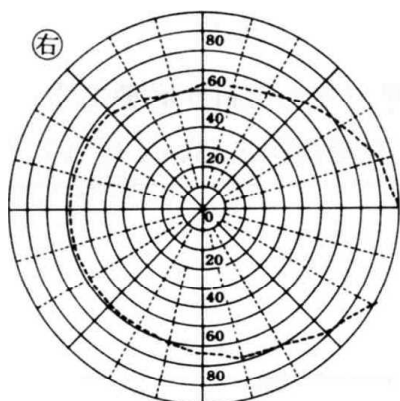
・語音明瞭度（検査している時には記入してください）

右	%
左	%

2 視 力

	裸 眼	矯 正
右		(× DCyl DAx)
左		(× DCyl DAx)

3 視 野



4 瞳 孔 間 距 離

(mm)