

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 治療過程					
現症（耳鼻疾患の有無と障害程度）					
期待される効果					
医療の具体的方針（術名）					
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）

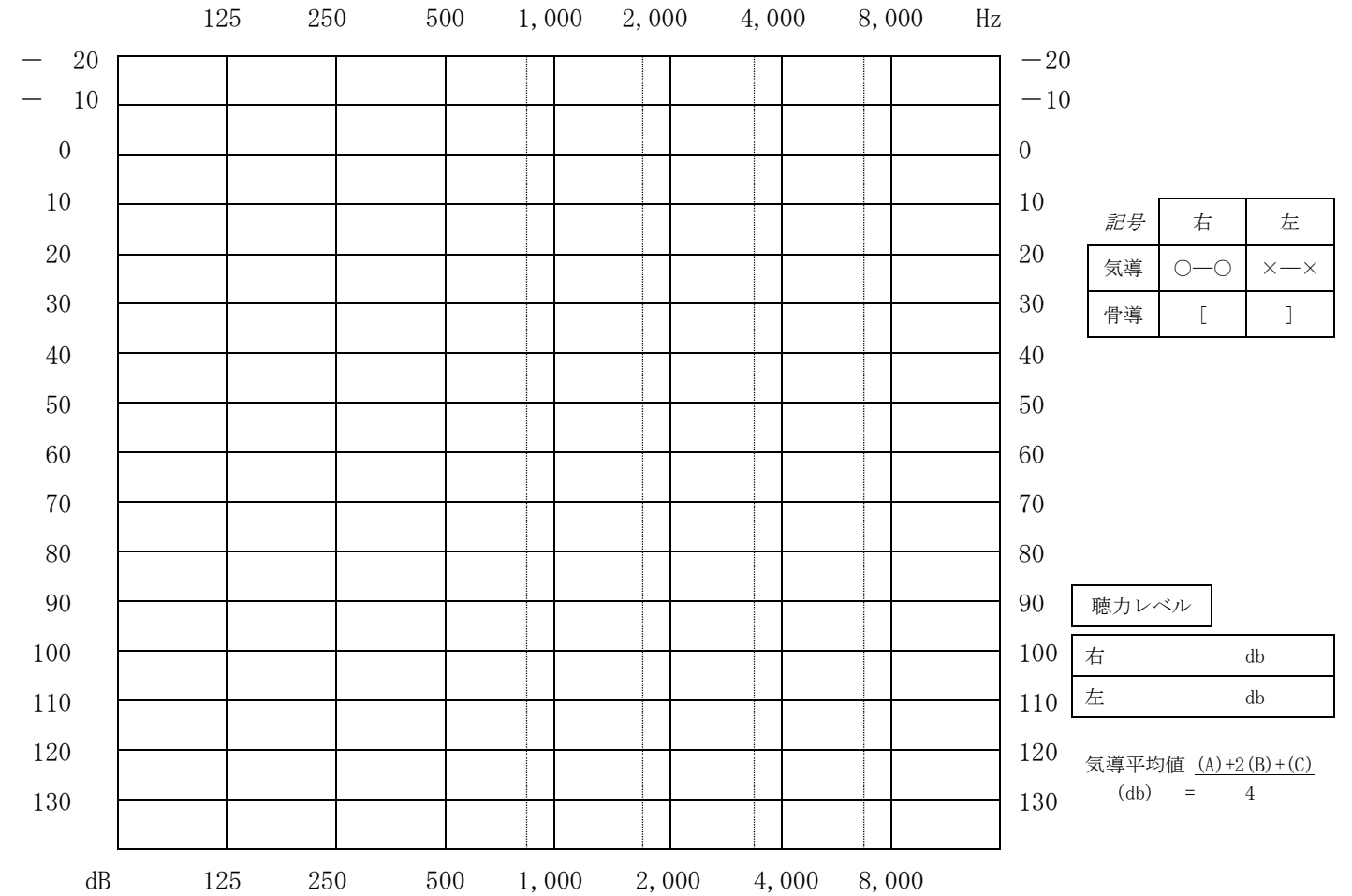
診療担当医師（自署）

（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	

オーディオグラム



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