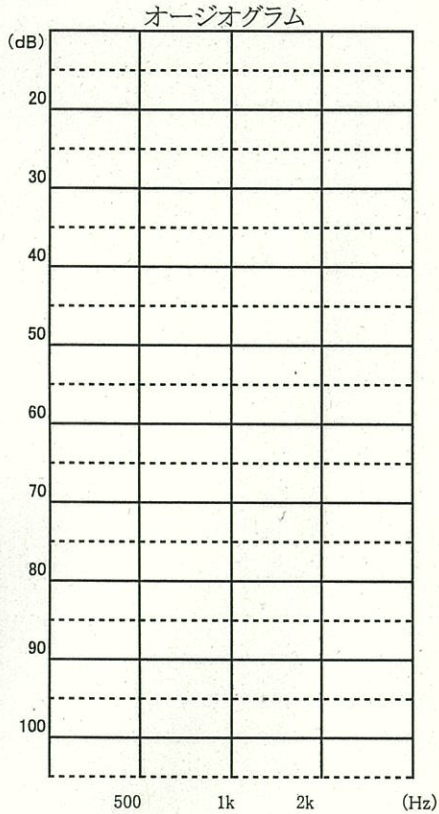
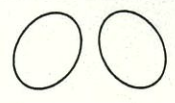


補装具費支給意見書 (FM装置)

| | |
|-----|-------------|
| 住所 | |
| 氏名 | 年 月 日生 (歳) |
| 障害名 | |
| 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

| | |
|---|---|
| 右 | % |
| 左 | % |

| | |
|---|--|
| <p>【FM補聴器】</p> <p>1. 重度難聴用 FM装置一式</p> <p>2. 人工内耳用 FM装置一式</p> <p>3. その他</p> | <p>【受信機装用】 右耳 : 左耳</p> <p>【イヤモールド】 要 : 不要</p> <p>必要な理由 ()</p> |
| <p>理由: ①FM装置の必要な理由を記載してください。</p> <p>②受信機が両耳必要な場合は、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: center;">診療機関名 診療科 医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | |

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師で聴覚障害の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。

※原則として、FM装置は重度難聴(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、FM装置は、職業的教育的に真に必要な場合に限られる。

※FM装置一式とは、送信機(マイク)、受信機を含む。