
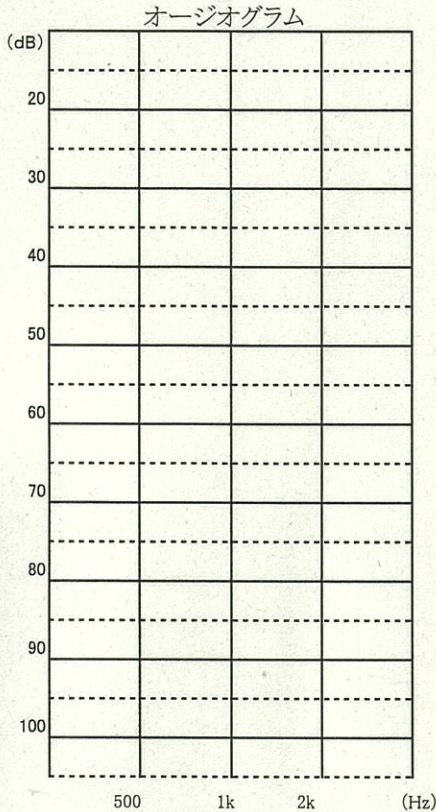


補装具費支給(難病患者等)意見書(FM装置)

住所					
氏名		年	月	日生(歳)
疾患名					
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> <ol style="list-style-type: none"> 1. 重度難聴用 FM装置一式 2. 人工内耳用 FM装置一式 3. その他 	<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: right;">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。また、これに加えて難病法第6条第1項に基づく指定医が作成すること。

※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)と受信機である。