

自立支援医療（更生医療）

医学的意見（判定）書

聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく

※人工内耳の場合、A面の医学的所見も記入してください。

氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 日 生 歳	
医 学 的 所 見	原傷病名・ 現 症		
	治療経過		
	更生医療が 必要となる 障害の状況		
	医療の要否	要 ・ 否	機能回復の見込み
	医療の 具体的方針 ※	① 手術日： 年 月 日予定 ② 手術名： ③ 術後治療内容等：	

※歯科の場合、①②③の項目によらず、歯科矯正の具体的な内容を記入してください。

※人工内耳の場合、術側を記入してください。

〔医療費概算内訳〕		医療開始予定日		年	月	日
要 治療 日数	要入院	日間	：	要通院	日間	：
医療費概算額	健保点数	点	：	金額	円	
① 初 診 ・ 再 診		点	⑦ 入	院	点	
② 投 薬		点	⑧ そ の 他		点	
③ 注 射		点	⑨			
④ 手術・処置・麻酔		点	⑩			
⑤ 検 査		点	合 計		点	
⑥ レ ン ト ゲ ン		点	合計点数×10		円	

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。		年 月 日
指定医療機関名：		
電 話：（ ）		—
診療担当科名：		
医 師 名：		

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》	年 月 日
自立支援医療（更生医療）が必要であると〔認めます・認めません〕。	
神戸市障害者更生相談所 医 師 名	



# 医学的意見(判定)書

(A)

耳鼻咽喉科〔聴覚障害用〕

氏名					明・大・昭・平・令 年 月 日 生 歳	男・女																																																																																																									
障害の種類	1. 感音難聴 (右・左)		2. 伝音難聴 (右・左)		3. 混合性難聴 (右・左)																																																																																																										
原傷病名・ 現 症					身障 手帳	<input type="checkbox"/> 該当 聴覚 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 非該当																																																																																																									
医 学 的 所 見	オーディオメーター形式 ( )																																																																																																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td style="text-align: center;">125</td><td style="text-align: center;">250</td><td style="text-align: center;">500</td><td style="text-align: center;">1000</td><td style="text-align: center;">2000 4000 8000 Hz</td></tr> </table>				0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						110						120						130						dB	125	250	500	1000	2000 4000 8000 Hz	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 35%; text-align: center;">右</td><td style="width: 35%; text-align: center;">左</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">平均聴力レベル 気導聴力レベルの4分法</td><td style="text-align: center;">dB</td><td style="text-align: center;">dB</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">最高語音明瞭度</td><td style="text-align: center;">dB %</td><td style="text-align: center;">dB %</td></tr> <tr><td colspan="3">実施方法: <input type="checkbox"/>オーディオメーター <input type="checkbox"/>耳元で肉声 <input type="checkbox"/>補聴器使用 検査語表: <input type="checkbox"/>67-S <input type="checkbox"/>57-S <input type="checkbox"/>その他( )</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">語音聴取域値</td><td style="text-align: center;">dB</td><td style="text-align: center;">dB</td></tr> </table>			右	左	平均聴力レベル 気導聴力レベルの4分法	dB	dB	最高語音明瞭度	dB %	dB %	実施方法: <input type="checkbox"/> オーディオメーター <input type="checkbox"/> 耳元で肉声 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 検査語表: <input type="checkbox"/> 67-S <input type="checkbox"/> 57-S <input type="checkbox"/> その他( )			語音聴取域値	dB	dB
					0																																																																																																										
					10																																																																																																										
20																																																																																																															
30																																																																																																															
40																																																																																																															
50																																																																																																															
60																																																																																																															
70																																																																																																															
80																																																																																																															
90																																																																																																															
100																																																																																																															
110																																																																																																															
120																																																																																																															
130																																																																																																															
dB	125	250	500	1000	2000 4000 8000 Hz																																																																																																										
	右	左																																																																																																													
平均聴力レベル 気導聴力レベルの4分法	dB	dB																																																																																																													
最高語音明瞭度	dB %	dB %																																																																																																													
実施方法: <input type="checkbox"/> オーディオメーター <input type="checkbox"/> 耳元で肉声 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 検査語表: <input type="checkbox"/> 67-S <input type="checkbox"/> 57-S <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																															
語音聴取域値	dB	dB																																																																																																													
※語音明瞭度検査を実施し必ず記入してください。オーディオメーターでの検査が出来ない場合は、肉声又は補聴器を使用して最も聞き取りやすい音の大きさと実施してください。																																																																																																															
〔鼓膜の状況〕 右  左																																																																																																															
補聴器	装着の要否	要・否	高度難聴用	・ポケット型 ・耳かけ型	イヤモールド〔要・否〕	6級で要の場合はその理由を備考欄に記入してください																																																																																																									
補聴器	装 用 耳	右・左	重度難聴用	・ポケット型 ・耳かけ型	(備考)																																																																																																										
※耳あな型、骨導式、補聴援助システム (FM型等)、及び両耳装用については、書類判定は認められません。																																																																																																															
診察結果による医学的所見は上記のとおりです。					医療機関名:	年 月 日																																																																																																									
					電 話: ( ) -																																																																																																										
					医 師 名:	(印)																																																																																																									

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

補 聴 器	装着の要否	要・否	種 類	・高度難聴用 ・重度難聴用 ・F M 型	・ポケット型 ・耳かけ型	・耳あな型	・オーダーメイド ・レディメイド	・骨導式	・ポケット型 ・眼鏡型
	装 用 耳	右・左							
	◎左右交互装用    ◎両耳装用、今回は〔・右・左〕    ・イヤモールド〔要・否〕								

《医学判定》	年 月 日
補聴器の交付が必要であることを〔認めます・認めません〕。	
神戸市障害者更生相談所    医 師 名	
(印)	