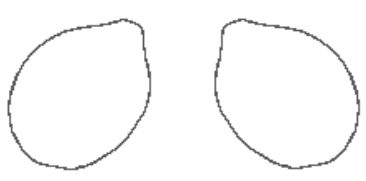


## 自立支援医療（更生医療）判定票（聴覚障害者用）

氏名	男	歳	判定日	令和	年	月	日																																																		
	女		住所																																																						
		T S H		年	月	日																																																			
主訴							手帳等級	級																																																	
原傷病名			機能障害名																																																						
経過																																																									
	右	左	オージオグラム 聴力検査（純音による検査） オージオメータの型式（ _____ ）																																																						
聴力(4分法)	dB	dB																																																							
最高語音明瞭度	dB %	dB %																																																							
※語音明瞭度検査を実施し記入すること。			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> dB						500	1000	2000	Hz	30					40					50					60					70					80					90					100					110				
	500	1000						2000	Hz																																																
30																																																									
40																																																									
50																																																									
60																																																									
70																																																									
80																																																									
90																																																									
100																																																									
110																																																									
(現症)耳鼻疾患の有無及び障害の状況  																																																									
総合所見（伝音・感音・混合）難聴			※気導・骨導聴力をご記入ください。																																																						
その他 参考となる合併症																																																									
治療方針																																																									
入院日	令和	年	月	日	改善見込																																																				
手術日	令和	年	月	日																																																					
上記のとおり診断します。 <div style="float: right; text-align: right; margin-top: 10px;">                     令和 年 月 日                      主として担当する医師名                      科                 </div> <div style="clear: both;"></div> 所在地・郵便番号・電話番号 指定自立支援医療機関名																																																									