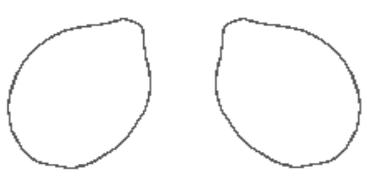


自立支援医療（更生医療）判定票（聴覚障害者用）

氏名	男 女	歳	判定日	令和 年 月 日																																																		
	T S H 年 月 日生		住所																																																			
主訴				手帳等級																																																		
原傷病名			機能障害名	級																																																		
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。																																																						
(現症)耳鼻疾患の有無及び障害の状況			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="width: 25%;">500</td> <td style="width: 25%;">1000</td> <td style="width: 25%;">2000</td> <td style="width: 25%;">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																																																						
																																																						
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-right: 50px;"> 令和 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> 所在地・郵便番号・電話番号 指定自立支援医療機関名 </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> 主として担当する医師名 科 </div> </div>																																																						