様式第3号

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり，下記の内容について確認しました。

令和　　 年　 　月　 　日　　　 　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　お

所 在 地　　　　　　　　　　　　お

診療担当科　　　　　　　　　　　　お

作成医師名　　　　　　　　　　　　お

|  |
| --- |
| 記【患者情報】氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　生年月日 年 月 日住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 １身障手帳（聴覚）所持の有無　（　有　・　無 ）　【使用している人工内耳用音声信号処理装置】装 着 耳　（　右　・　左　）メーカー名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿機 種 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿使用開始年月：　　年　　月【確認項目】以下に該当する場合は□に☑を入れてください。□ 該当の人工内耳用音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。□ 人工内耳用音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。□ 人工内耳用メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。【現症及び今回修理に至った理由】　人工内耳手術日：　　　年　　　月　　　日 |