補装具・様式１５

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当たり、下記の内容について、確認しました。

年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療担当科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

作成医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記

【患者情報】

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年　　月　　日　　年齢＿＿＿歳

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身障手帳障害名と等級

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　種　　級）

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

		手術日	医療機関名	メーカー	機種名
人工内耳	右	年　月　日			
	左	年　月　日			
修理対象耳		右・左・両	使用効果見込み		

【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。

□ 人工内耳用材料が破損した場合及び医学的に必要と認められる場合の交換では無く、人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要である。

□ 人工内耳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。