

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 _____

所在地 _____

診療担当科 _____

作成医師名 _____

記

【患者情報】

氏名 _____ 生年月日 年 月 日

住 所 _____

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