**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。

　　　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】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人工内耳 |  | 手術日 | 医療機関名 | メーカー | 機種名 |
| 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。

□ 人工内耳音声信号処理装置の交換では無く、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。