

受給者番号

911 突発性難聴臨床調査個人票 (新規 更新)

本臨床調査個人票に記載した内容を診断した日を記載してください。

ふりがな	ふくし	はなこ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
氏名	福祉	花子			〇年 〇月 〇日 満 〇〇	
住所	〒 7 6 0 - 8 5 7 0 TEL 087-0000-0000		高松市番町4丁目1-10			
発症年月	R6年 3月	初診年月日	R6年 3月 1日	診断年月日	R6年 4月 7日	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 級) <input checked="" type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度) <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
生活状況 (最近1年)	社会活動 (<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ()) 日常生活 (<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助)					
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input checked="" type="checkbox"/> 主に通院 (1/月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入院なし <input type="checkbox"/> その他 ()					

聴力レベルが70dB以上(高度難聴)が助成対象です。

症状・経過 (症状については、発症以降のものでよい)	I 難聴 1) 隣り合う3周波数で各30dB以上の難聴が72時間以内に生じた <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2) 難聴の性質 <input checked="" type="checkbox"/> 感音性 <input type="checkbox"/> 伝音性 <input type="checkbox"/> 混合性 一側性 (<input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 両側性	発症と経過 (具体的に記入) R6年3月1日朝起きた時に、左耳が聞こえなくなった。 左耳鳴あり。めまいなし。同日当科初診。ステロイド点滴を中心として加療したが聴力回復しなかった。 左耳鳴続いており、外来にて、下記内服加療を継続している。
	II 随伴症状 1) 耳鳴 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無 2) めまい <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	

診察時点での眼振の性状を記載してください。診察時点で眼振がなければ無しに✓を記入してください

検査結果 (耳鼻科学的・神経学的所見を含む)	検査項目	検査結果・所見 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)			
	聴力検査 (R6年4月7日)	平均聴力レベル (0.25、0.5、1、2、4 (kHz) の5周波数の平均)	右	10.0 dB	<input type="checkbox"/> 低音障害 <input type="checkbox"/> 高音障害 <input checked="" type="checkbox"/> 水 平
	他覚的聴力検査等	機能性難聴の除外	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	平衡機能検査 (R6年4月7日)	1) 眼振	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	眼振の性状 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	
	<input checked="" type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (※ 実施した検査に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)	III 蝸牛、前庭、内耳道病変の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	

病変がなければ無に✓を記載してください。診断基準を満たすため必須の項目です。

その他	同様な症候を呈する他疾患 (中枢神経疾患等) との鑑別	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
-----	-----------------------------	---

治療状況	(R6年 5月現在) 薬物治療等の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経過観察のみ) 具体的な治療内容 左難聴、左耳鳴に対して、ATP、メコパラミン等内服している。
------	--

更新の場合、経過観察のみの方は助成されないことにご留意ください。

医師意見	左突発性難聴に対し、加療を要する。
------	-------------------

所属施設名	〇〇病院	(Tel 087 -0000 - 0000)
所在地	〇〇市〇〇町〇〇12-345	
診療科	耳鼻咽喉科	主治医氏名 〇〇〇〇
(指定医番号)	3 7 S 1 9 1 2 3 4 5	記載年月日: R6年 5月 19日

(注) 診断年月日欄には、認定基準を満たし、かつ重症度分類(聴力レベルが70dB以上)を満たしたと診断した日を記載してください。