

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

|                                                                                                   |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ふりがな                                                                                              |                         |                       | 生 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 氏 名                                                                                               |                         | 男<br>女                | 年 月 日生 （ 歳）                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 住 所                                                                                               |                         |                       | 職 業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 障害名                                                                                               | 聴覚障害 （ 伝音性 ・ 感音性 ・ 混合性） |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 原傷病名                                                                                              |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 障害・疾患等の状況 ※注1参照                                                                                   |                         |                       | <div>右</div>  <div>左</div>  <div>・正常・ほぼ正常・異常なし<br/>・清明・小・大穿孔・希薄<br/>・混濁・その他（ ）</div> <div>・正常・ほぼ正常・異常なし<br/>・清明・小・大穿孔・希薄<br/>・混濁・その他（ ）</div>    |  |
| 聴 力 レ ベ ル                                                                                         |                         | 右 dB                  | 聴力検査（純音による検査） 右－ ○[                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| (会話音域の平均聴力レベル)                                                                                    |                         | 左 dB                  | オーディオメーターの型式( ) 左… ×]                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 補 聴 効 果                                                                                           |                         | 右 有・無                 | <div>dB</div> <div><div>0</div><div>10</div><div>20</div><div>30</div><div>40</div><div>50</div><div>60</div><div>70</div><div>80</div><div>90</div><div>100</div><div>110</div></div> <div><div>125</div><div>250</div><div>500</div><div>1000</div><div>2000</div><div>4000</div><div>8000</div></div> <div>Hz</div> |  |
| 補聴器の処方                                                                                            | 高度難聴用                   | ポケット型<br>イヤモールド(有・無)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                   |                         | 耳かけ型<br>イヤモールド(有・無)   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                   | 重度難聴用                   | ポケット型<br>イヤモールド(有・無)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                   |                         | 耳かけ型<br>イヤモールド(有・無)   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                   | 耳あな型                    | レディメイド<br>イヤモールド(有・無) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| オーダーメイド                                                                                           |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| そ の 他                                                                                             |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 補聴器装用についての留意事項（耳あな型、その他に該当する補聴器及び両耳装用については、必要な理由を記載）※注5参照                                         |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <div>年 月 日</div> <div>医療機関名</div> <div>所在地</div> <div>診療担当科名</div> <div>作成医師氏名</div> <div>印</div> |                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| ①身体障害者福祉法第15条第1項の指定医であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。                                                 |                         |                       | はい いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| ②指定自立支援医療機関であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。                                                          |                         |                       | はい いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| ③難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づく指定医である。                                                              |                         |                       | はい いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

（注1）補聴器を必要と認める理由を記載してください。難病患者は身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載してください。

（注2）障害者・児（内部疾患は呼吸器・心臓機能障害に限定）については、①又は②の医師が作成してください。難病患者については、①～③のいずれかの医師が作成してください。

（注3）（注2）の医師による作成が困難な場合や御不明な点のある場合は、御本人のお住まいの市町村障害者福祉担当課にお問い合わせください。

（注4）所属学会とは、上記障害に係る医療・リハビリテーション関係の学会をいいます。

（注5）耳あな型、その他に該当する補聴器及び両耳装用は身体上又は職業・生活環境上などにおいて、必要な理由を記載してください。また、聴力検査の結果から高度又は重度難聴用補聴器の適用対象であるが、異なる処方が必要な場合は理由を記載してください。