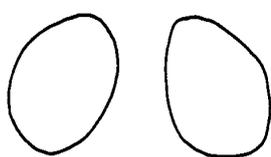
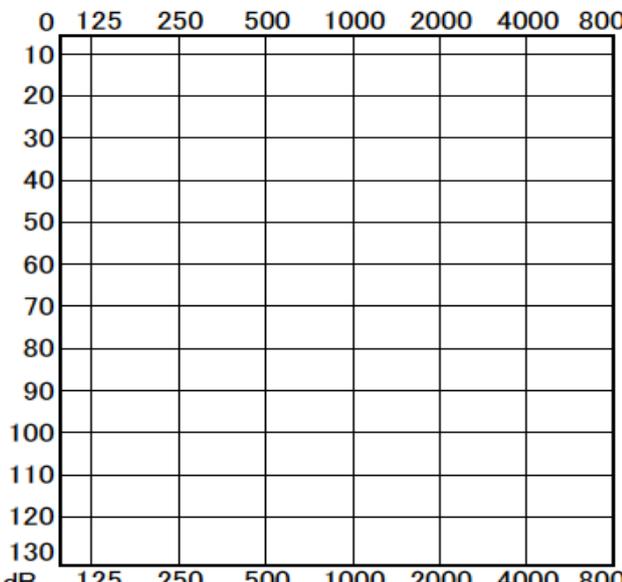


補装具費支給意見書（補聴器）

氏 名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
住 所								
身体障害者手帳	(交付年月日) 昭和・平成		年	月	日	(障害名・等級)		聴覚障害 級
原因となる疾病名・外傷名	疾病・外傷の発生日			年	月	日	交通・労災・その他の事故 戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()	
	※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当(□する・□しない)【・特発性両側性感音難聴・突発性難聴・ミトコンドリア病・その他()】							
障害の種類	1 伝音性難聴		2 感音性難聴		3 混合性難聴			
鼓膜の状況			右	穿孔(有・無)	耳漏(有・無)	癒痕(有・無)		
			左	穿孔(有・無)	耳漏(有・無)	癒痕(有・無)		
聴力検査結果	【オーディオメーターの型式】 →							
					語音明瞭度 (使用語表) (実施法 : オーディオメーター 補聴器使用 耳元で肉声) 右 _____ % (dB) 左 _____ % (dB) SRT(語音聴取閾値) 右 _____ dB 左 _____ dB 記入の仕方 気導 : 右耳 ○ 左耳 × 骨導 : 右耳 [左耳]			
聴 力	右	dB		左	dB		平均聴力レベル(気導聴力レベルの4分法)を記入	
装 用 耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳							
	【両耳装用が必要な場合はその医学的理由】							

処方する 補聴器	<input type="checkbox"/> 高度難聴用	1 ポケット型	2 耳かけ型	※ 両耳とも聴力レベルが概ね 90dB 未満の者が対象	
	<input type="checkbox"/> 重度難聴用	1 ポケット型	2 耳かけ型		
	<input type="checkbox"/> 耳あな型	1 レディメイド	2 オーダーメイド	ポケット型、耳かけ型が使用できない医学的理由	
	<input type="checkbox"/> 骨導式	1 ポケット型	2 眼鏡型	骨導式でなければならない医学的理由	
	付 属 品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある <input type="checkbox"/> その他()	

上記のとおり意見書を提出する。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

作成医師氏名 印

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師(補聴器適合判定研修会修了の医師を含む)が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

*****以下は身体障害者更生相談所が記入します*****

判定日: 年 月 日

補聴器(上記補聴器が適当と 認めます・認めません)が適当と

兵庫県立身体障害者更生相談所 医師

印