

<記入上の注意> 補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

※太枠の中を
ご記入下さい。

フリガナ 氏 名	性別 男・女		生年 月 日	明 大 昭 平	年
住 所	現在認定されている身体障害者 手帳等級をご記入下さい。				
病 歴	障害名 身体障害者手帳 聴覚()級 ※ 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)に該当 (□する □しない)				
障 害 ・ 疾 患 等 の 状 況	標準純音聴力検査の結果 聴力レベル(4分法)	原因 傷病名	該当する箇所に☑印を ご記入下さい。		
	右 _____ dB 左 _____ dB 最高語音明瞭度 (語音明瞭度の身障手帳所持者は必ず記載) 右 _____ % (_____ dB) 聴 力 左 _____ % (_____ dB)	オージオグラム	検者()		
	鼓膜所見	記入漏れがないよう ご確認下さい。			
	右 _____ 左 _____ 今回の検査結果を踏まえてご記入下さい。	「補聴器」欄 該当する箇所に☑印をご記入下さい。			
今回の検査結果は 聴覚障害()級相当・非該当	周波数 8000 (Hz)				
処 方	高度難聴用: □ ポケット型 (右・左) □ 耳かけ型 (右・左)				
該当する 項目に チェックを 入れ、必 要な事項 を記載し てくださ い。	補 聴 器	「補装具として両耳装用を必要とする理由」欄 障害者自立支援法による補装具費の支給対象となる補聴器は、原則1個です。 両耳の支給を必要とする場合は、教育上・職業上・障害上などの理由、その効果を具体的に記入下さい。			
備考(※)	補装具として 両耳装用を 必要とする	「備考」欄 1 身体障害者手帳6級・4級所持者が重度難聴用を必要とする場合の理由 例) 現在、障害認定は○級であるが、障害等級変更申請中であり、高度難聴補聴器では利得不十分のため、重度難聴用が 適している。 例) 重度難聴用で広域の聴取が可能となり、会話等が向上し良好である。 2 耳穴型が必要な理由及び具体的効果 例) 身体上の理由: 耳介変形のため、耳掛け型を耳にかけられない。 ※変形状態を具体的に記入して下さい。 例) 職業上の理由: 土木・建築関係の仕事でヘルメットを使用しなければならない。 ※特に、オーダメイドの場合は、障害の状況・耳の形状等の理由によりレディメイドで対応不可能な理由をご記入下さい。			
使用効果 適合判定 所見	「使用効果 適合判定所見」欄 記入漏れがないようご確認下さい。 例) 良好である。				
上記の意見 年 月 日	医療機関名 医 師 名 印 印				
住 判 定	医療機関公印の押印と医師押印の漏れがないか ご確認下さい。 (公文書偽造防止の観点からも医療機関公印の 押印についてご協力をお願いします。)				

※以下の処方の場合、適応または必要とする理由を「備考」欄に記載してください。(非良聴耳への処方、装用耳の現症聴力が90dB未満で重度難聴用、装用耳の現症聴力が90dB以上で高度難聴用、耳あな型、FM補聴器システム等)

※難病患者については、身体症状の変動状況や日内変動等についても「備考」欄に記載してください。