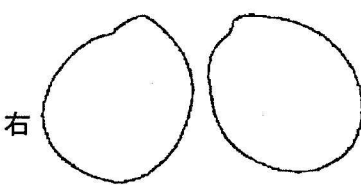
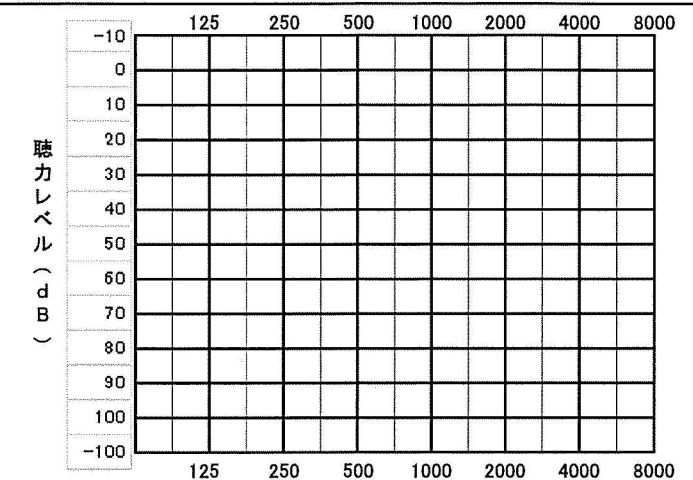


補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

フリガナ 氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳	
住 所		障害名		身体障害者手帳 聴覚 () 級		
現 症 病 歴		原因傷病名		※ 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)		オーゾオメーターの型式 検者 ()			
	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 % 左 % (dB) (dB) 鼓膜所見  現時点での聴覚障害等級 □ 該当 (級) (号) □ 非該当		 気導 右 : ○ 左 : × 骨導 右 : [左 :]			
処 方 ※ 該当する項目に チェックを入れ、必要事項 を記載してください。	補聴器	高度難聴用 : □ ポケット型 (右・左) □ 耳かけ型 (右・左) □ 耳あな型レディメイド (右・左) □ 耳あな型オーダーメイド (右・左)				
		重度難聴用 : □ ポケット型 (右・左) □ 耳かけ型 (右・左) 骨 導 式 : □ ポケット型 (右・左) □ 耳かけ型 (右・左) そ の 他 : □ () □ イヤモールド (右・左)				
補装具として 両耳装用を 必要とする理由		処方 補聴器				
備考 (※)						
使用効果 適合判定 所見						
上記のとおり意見、処方する。 所 在 地 年 月 日 医療機関名 印 医 師 名 印						
年 月 日 審査の結果、補装具の給付は 適 当 ・ 不 適 当 と認める。 住 所 判定医 沖縄県身体障害者更生相談所 那覇市首里石嶺町 4-385-1 印						

※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)
※難病患者等については、身体症状等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。