

## 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統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 ( <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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)		オーディオメーターの型式 <span style="float: right;">検者( )</span>																																																																																																																									
	右      dB      左      dB	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl;">聴力レベル (dB)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>-100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			125	250	500	1000	2000	4000	8000	聴力レベル (dB)								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								-100								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)
	125			250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																																			
聴力レベル (dB)																																																																																																																												
-10																																																																																																																												
0																																																																																																																												
10																																																																																																																												
20																																																																																																																												
30																																																																																																																												
40																																																																																																																												
50																																																																																																																												
60																																																																																																																												
70																																																																																																																												
80																																																																																																																												
90																																																																																																																												
100																																																																																																																												
-100																																																																																																																												
右      %      左      % (      dB)      (      dB)	鼓膜所見		気導 右: ○ 左: ×      骨導 右: [ 左: ]																																																																																																																									
現時点での聴覚障害等級 <input type="checkbox"/> 該当 ( 級 ) ( 号) <input type="checkbox"/> 非該当																																																																																																																												
処方 ※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	高度難聴用: <input type="checkbox"/> ポケット型 (右・左) <input type="checkbox"/> 耳かけ型 (右・左)		耳あな型レディメイド (右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド (右・左)																																																																																																																								
		重度難聴用: <input type="checkbox"/> ポケット型 (右・左) <input type="checkbox"/> 耳かけ型 (右・左)		骨導式: <input type="checkbox"/> ポケット型 (右・左) <input type="checkbox"/> 耳かけ型 (右・左)																																																																																																																								
		その他: <input type="checkbox"/> (      ) <input type="checkbox"/> 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。																																																																																																																												
沖縄県身体障害者更生相談所																																																																																																																												
		住所		那覇市首里石嶺町 4-385-1																																																																																																																								
		判定医		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。