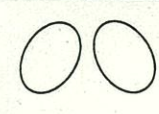
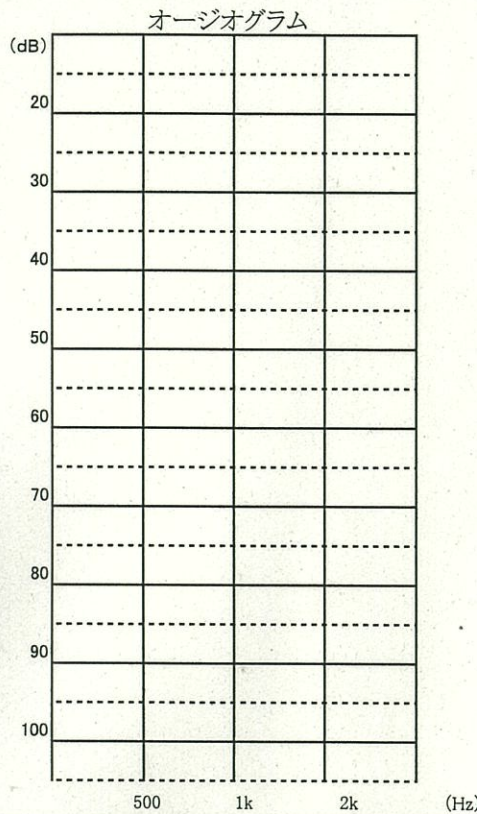


# 補装具費支給意見書(補聴器)

住所	
氏名	年 月 日生( 歳)
障害名	
現症	



	右	左
(記号)		
気導	○—○	×—×
骨導	[	]

(気導、骨導聴力を必ず記載すること)

○聴力レベル (会話領域気導平均)	右	dB
	左	dB

○語音明瞭度検査	右	%
	左	%

<p><b>【補聴器】</b></p> <p>1. 高度難聴用      :   ポケット型      耳かけ型</p> <p>2. 重度難聴用 △   :   ポケット型      耳かけ型</p> <p>3. 耳あな型      ◆   :   レディーメイド   オーダーメイド</p> <p>4. 骨導式        ◎   :   ポケット型      眼鏡型</p>	<p><b>【装用】</b>      右耳 : 左耳</p> <p>両耳の場合必要な理由</p> <p>( )</p> <p><b>【イヤモールド】</b> 要 : 不要</p> <p>必要な理由 ( )</p>
--	---

その他の所見   ・耳あな型の必要理由、耳あな型オーダーメイドの必要理由、骨導式の必要理由は具体的に記入すること

上記のとおり意見します。

年 月 日

診療機関名  
診療科  
医師名

印

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医で聴覚障害の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。

△ 障害等級4級で、装用耳85dB以上、反対側耳90dB以上の場合、重度難聴用補聴器の支給可能。

◆ 耳あな型は、ポケット型および耳かけ型の使用が困難で、真に必要なものであること。オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等レディーメイドで対応不可能なものに限ること。

◎ 骨導式は、伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。