
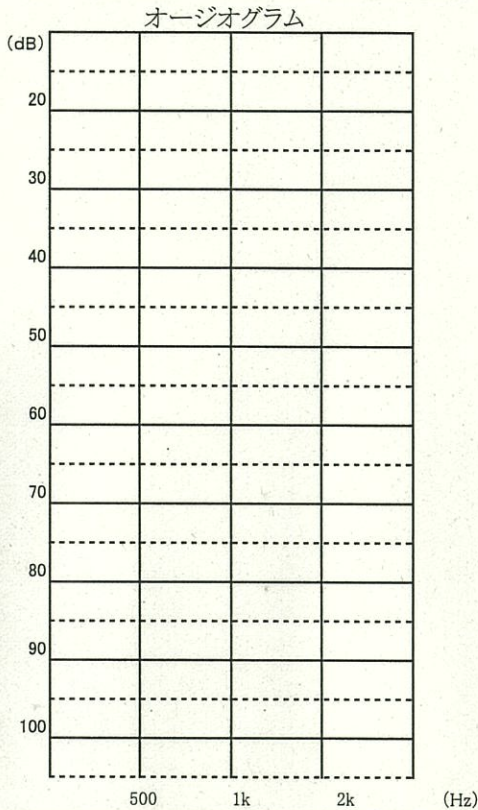


補装具費支給(難病患者等)意見書(補聴器)

住所			
氏名		年 月	日生(歳)
疾患名			
身体症状	変動状況	日内変動	



(記号)		右	左
	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	%

【補聴器】

- | | | | |
|------------|---|---------|---------|
| 1. 高度難聴用 | : | ポケット型 | 耳かけ型 |
| 2. 重度難聴用 △ | : | ポケット型 | 耳かけ型 |
| 3. 耳あな型 ◆ | : | レディーメイド | オーダーメイド |
| 4. 骨導式 ◎ | : | ポケット型 | 眼鏡型 |

【装用】 右耳 : 左耳
両耳の場合必要な理由

()

【イヤモールド】 要 : 不要

必要な理由 ()

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。また、これに加えて難病法第6条第1項に基づく指定医が作成すること。
 △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。