

補装具費支給に関する意見書 (補聴器用)

※太枠欄は記入しないでください。

| 身体障害者更生相談所審査欄 | |
|---------------|----------------------------|
| 審査結果 | 1 適当 2 不適當 3 要確認 |
| | 【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】 |
| 審査医師 | 印 |
| 審査年月日 | 年 月 日 |

| | | | |
|--------------------------|--|---------------|----------------------|
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | | | 歳 |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名(○をつける) | 右 感音・伝音・混合 難聴 左 感音・伝音・混合 難聴 語音明瞭度不明瞭 その他 () | 疾病・傷病 発生年月 | 年 月 日 障害等級 級 |

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------|-------|
| 現 症 | オーディオグラム記載欄 (※貼り付け可) | | |
| | | | |
| | 4分法による聴力レベル (右 dB) (左 dB) | 聴力測定日 | 年 月 日 |
| 語音明瞭度検査 (右 %) (左 %) | 検査日 | 年 月 日 | |

| | |
|----------|--|
| 補聴器の装用効果 | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 試用した (<input type="checkbox"/> 効果あり <input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果不明 ()) <input type="checkbox"/> 未定 (児のみ選択可) <input type="checkbox"/> 再申請 現在の状況 補聴器を <input type="checkbox"/> 使用中 (形式) <input type="checkbox"/> なし |
|----------|--|

裏面に続く

| 必要とする補聴器等の装用耳の欄に○を記載してください。(両耳装用の場合は左右両方に○) | | | |
|---|---|---|--|
| また、必ず、障害等級(2級～6級)に応じた名称・形式の補聴器(高度、重度、他)を選定してください。 | | | |
| 名称・付属品 | 左 | 右 | 対象者 |
| 高度難聴用ポケット型 | | | 原則として、装用耳の平均聴力レベルが90dB未満(手帳6級、4級の障害程度に相当)の方 |
| 高度難聴用耳かけ型 | | | |
| 重度難聴用ポケット型 | | | 原則として、装用耳の平均聴力レベルが90dB以上(手帳3級、2級の障害程度に相当)の方 |
| 重度難聴用耳かけ型 | | | |
| 耳あな型(レディメイド) | | | 身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難な方(オーダーメイドの場合は障害状況、耳の形状等レディメイド対応不可の方) |
| 耳あな型(オーダーメイド) | | | |
| 骨導式ポケット型 | | | 伝音性・混合性難聴であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ耳栓又はイヤーマールドの仕様が困難な方 |
| 骨導式眼鏡型 | | | |
| デジタルワイヤレス補聴システム | | | 教育上、職業上等の理由で必要な方(原則1個) |
| イヤーマールド | | | |
| <p>※ 支給対象となる補聴器等は原則1個です。</p> <p>※ 両耳装用が必要な場合、又は 耳あな型・骨導式・デジタルワイヤレス補聴システムを選定した場合には、該当する項目にレ点を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・両耳装用、デジタルワイヤレス補聴システム必要な理由 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>教育上の理由 (<input type="checkbox"/>言語習得 <input type="checkbox"/>学習効果の改善 <input type="checkbox"/>音の認識・方向性の改善) <input type="checkbox"/>職業上の理由 (<input type="checkbox"/>危険防止 <input type="checkbox"/>作業効率の向上 <input type="checkbox"/>業務対応上の必要性) ・耳あな型、骨導式が必要な理由 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>身体上の理由 (<input type="checkbox"/>耳介の欠損・変形 <input type="checkbox"/>耳漏が著しい <input type="checkbox"/>外耳道閉鎖症等) <input type="checkbox"/>その他 (<input type="checkbox"/>) <p>※ 耳あな型オーダーメイドの必要性について(レディメイドでは対応できない理由を御記入ください) (<input type="checkbox"/>)</p> | | | |
| その他製作にあたっての留意点等 | | | |
| <p>上記のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>作成医師氏名 印</p> <p>電話番号 ()</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医(※注) <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医(※注) <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限定】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師 | | | |