**補聴器支給意見書**

**該当する項目の □ にチェックを入れてください。** （書類判定用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  |  [ ]  大正 [ ]  昭和 [ ]  平成　 [ ] 令和　 年　 　 月　 　　日生(　 　　歳) |
| 住　　　所 | 　 区電話番号　　　　　－　　　　－　　　　 |
| 身体障害者手帳 | 聴覚障害　　 　級 |
| 原因疾病・外傷名 |  |
| 現症の有無 | 　　　耳漏　 ・　 耳鳴り 　・ 　耳痛 　・ 　眩暈 　・　 その他（　　　 　　　　　　） |
| ※難病等の状況 | [ ] 　該当する　　・　　 [ ] 　該当しない※「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」で定める特殊疾病（難病等）のこと難病等患者に該当する場合は、身体症状等の変動状況や日内変動についても下記に記載してください。筋萎縮性側索硬化症などの急速な進行性疾患で、迅速な手続きが必要な場合はその理由についても記載して下さい。 |
| ※迅速な支給決定手続きが必要な場合は、チェックをして下さい。（急速な進行性疾患のみ）　　　[ ] 　該当 |
| 必要とする補聴器の型式等 | **※1**身体上・就労上等の理由でポケット型又は耳かけ型の補聴器の使用が困難であり、真に必要な人が対象**※2**伝音性難聴者であって耳漏が著しい人 または 外耳閉鎖症等を有する人で、かつ耳栓 または ｲﾔﾓｰﾙﾄﾞ の使用が困難な人が対象

|  |  |
| --- | --- |
| 補聴器の型式（必要とする型式を○で囲む） | ｲﾔﾓｰﾙﾄﾞの要否 |
| 高度難聴用 （　ポケット型　・　耳かけ型 ） | 要 ・　不要 |
| 重度難聴用 （　ポケット型　・　耳かけ型 ） | 要 ・　不要 |
| **※１** 耳あな型 （ ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ ・ ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞ ） | ― |
| **※2** 骨導式 （ ポケット型 ・ 眼鏡型 ） | ― |
| 特例補装具　  | 要 ・　不要 |

 |
| 補聴器の必要性 | 補聴器装用の必要性及び用途（目的・使用場所）などを記入してください。 |
| ポケット型以外の補聴器が必要な理由 | 補聴器は、ポケット型１個支給が原則となっています。 ポケット型以外を希望される場合は、その理由を必ず記入してください。 **特に、特例補装具については、その必要性などを詳しく記入してください。** |
| 補聴器の装用による効果の見込み |  |
| 両耳装用が必要な場合、その理由 | 補装具費支給対象となる補聴器は､ﾎﾟｹｯﾄ型１個が原則です｡ ただし､**教育上・就労上などで真に必要**と認められるときは､両耳支給の対象となります｡ 両耳支給が必要な場合は､その必要性や装用効果について具体的に記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聴力検査の結果　ア　純音による検査　　　オージオメータなどの型式 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　イ　その他の検査　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　500　　　　1000　　　　2000　　　　　Hｚ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

－10　 010　2030　4050　6070　8090　100周波数500Hz、1000Hz、2000Hzの純音のうち、100dBの音が聴取できない場合は、当該部分のdBを105dBとし、会話音域の平均聴力ﾚﾍﾞﾙを算定してください。例　 500Hz … 95dB 1000Hz　 … 105dB 2000Hz … 110dB95＋2(105)＋105＝ 102.5dB　　４

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右耳 | 左耳 |
| 会話音域の平均聴力ﾚﾍﾞﾙ | ｄB | ｄB |

110　　ｄＢウ　語音聴力検査※ 両耳による普通通話音の最良の語音明瞭度５０％以下 （聴覚障害４級） により、手帳を取得している場合 　　　 は、「ア 純音による検査」又は「イ その他の検査」に加え、必ず直近の語音明瞭度についてもご記入ください。また、できる限り 語音明瞭度の検査結果の添付をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右耳 | 左耳 |
| 語音明瞭度 | 　　　　　　　　　　％ | 　　　　　％ |

 |
| 令和 年 月 日　　医療機関名　　所　在　地診療科目名　　　　　　　　　 　　　　科　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　　　（自　署）　 |
| 本意見書を作成することができる医師の範囲は下記のとおりです。 該当する項目にチェックを入れてください。　　　　　　　　　[ ] 　身体障害者福祉法第１５条第１項に基づく指定医 [ ] 　指定自立支援医療機関（育成医療機関）の医師　　 ＊障害児の場合のみ[ ] 　難病法第６条第１項に基づく指定医　　　　　　　　＊難病患者等で申請の場合のみ  |

（Ｒ6.4月）