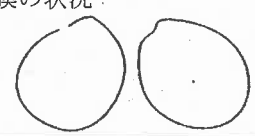


補聴器意見書・処方箋

(令和6年4月改訂)

氏名		生年月日		年	月	日 ( 歳)																																				
住所																																										
障害名																																										
難病等	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第1条で定める特殊の疾病に <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない ※該当する場合は、補装具処方意見書(難病用)も記載すること。																																									
疾患名																																										
現 症	(耳鼻疾患の有無・障害の状況・耳漏の有無等)																																									
聴 力 レ ベ ル	-30																																									
	-20																																									
	-10																																									
	0																																									
	10																																									
	20																																									
	30																																									
	40																																									
	50																																									
	60																																									
	70																																									
	80																																									
	90																																									
	100																																									
	110																																									
	120																																									
	130																																									
												聴力レベル(4分法) 右 d B 左 d B																														
												補充現象 有 無																														
												障害の種類 ア 伝音性難聴 イ 感音性難聴 ウ 混合性難聴 (該当項目を○で囲む)																														
												鼓膜の状況 																														
125 250 500 1000 2000 4000 8000 周波数(Hz)																																										
気導 右 赤 ○ 左 青 × 骨導 右 赤 □ 左 青 □ ※ 気導と骨導双方の聴力測定値を必ず記入すること。																																										
語音明瞭度検査%検査 音源 ( )												A 明瞭 B やや困難 C 相当困難 D 音は聞こえるが、何をいっているのか判らない E 音のみで、会話ができない F 全く聞こえない																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">60 dB</td> <td style="text-align: center;">70 dB</td> <td style="text-align: center;">80 dB</td> <td style="text-align: center;">90 dB</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">裸 耳</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">補聴器</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													60 dB	70 dB	80 dB	90 dB			裸 耳							補聴器																
	60 dB	70 dB	80 dB	90 dB																																						
裸 耳																																										
補聴器																																										
名 称 (○で囲む) 高度難聴用 ポケット型・耳かけ型・その他 ( ) 重度難聴用 ポケット型・耳かけ型・その他 ( ) 耳あな型 レディメイド・オーダーメイド 骨導式 ポケット型・眼鏡型 特例補装具 ( ) ※特例補装具の場合は、特例補装具に係る意見書も記載すること。												処方内容 (○で囲む) 装 用 耳： 右 耳 ・ 左 耳 イヤモールド： 要 ・ 不要																														
総合所見 (必要性・使用効果等具体的に記入すること。)																																										
【留意事項】 1 補聴器はポケット型1個が原則となっている。これによりがたい場合は、その理由を具体的に記入すること。 2 重度難聴用補聴器については、必要性・効果・音響外傷に関する意見を記入すること。 特に、聴力レベルが90dB未満で必要な場合はその理由を具体的に記入すること。																																										
所在地 医療機関名 診療科名												年 月 日 医師名 (記名押印又は署名)																														
												製作予定業者名																														
												種目名称別コード																														

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

\_\_\_\_\_ 氏の補装具費支給申請（補聴器）について、  
以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

（補装具事業者名及び代表者名）

（記名押印又は署名）

調整を行った者の氏名（ \_\_\_\_\_ ）

（ 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 ）

（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し）

※貼付欄

補聴器判定依頼調査書

ふりがな 氏名	T・S・H・R	年	月	日生( 歳)
身体障害者手帳の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )				
障害名	等級： ( 級)			
難病等	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第1条に定める特殊の疾病(別表)に <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない			
原因疾病・障害名				
<p>1 何歳頃から聞こえにくいか： ( 歳頃)</p> <p>2 どちらの耳が悪いのか： ( 右 ・ 左 ・ 両方 )</p> <p>3 過去に耳の病気をしたことがあるか： ( ある : ない ) ※病名 ( )</p> <p>4 現在病院にかかっているか： ( いる : いない ) ※いる場合 耳鼻科 ( 通院中・入院中 ) 病院名 ( ) 耳鼻科以外 ( 通院中・入院中 ) 病院名 ( ) 病名 ( )</p> <p>5 補聴器を使っているか： ( いる( 歳頃～)・いない・以前使っていた)</p> <p>6 補聴器はどちらの耳に使っているか： ( 右 ・ 左 ・ 両方 )</p> <p>7 使っている補聴器について ・購入方法： ( 障害者総合支援法(18歳以上・18歳未満) ・ 自費購入・その他 ) ・業者名・メーカー： ( ) ・補聴器の名称 ・高度難聴用 ( ポケット型 ・ 耳かけ型 ) ・重度難聴用 ( ポケット型 ・ 耳かけ型 ) ・耳あな型 ・その他 ( )</p> <p>8 どんな場合に補聴器が必要か： ・日常生活 ( 自宅 ・ 施設 ) ・家事を行う時 ・職業 ( 勤務先・職種・仕事内容等： ) ・学校 ( 学校名： ) ・自動車運転 ・その他 ( 具体的に )</p> <p>9 希望する補聴器 ・高度難聴用 ( ポケット型 ・ 耳かけ型 ) ・重度難聴用 ( ポケット型 ・ 耳かけ型 ) ・耳あな型 ( レディメイド ・ オーダーメイド ) ・骨導式 ( ポケット型 ・ 眼鏡型 ) ※装用耳 ( 右 ・ 左 ・ 両方 ) 希望業者名： ( )</p> <p>10 補聴器に係る市町村の意見 ※耳かけ型を希望する場合はその必要性、耳あな型・骨導式・両耳装用が必要な場合はその必要性を具体的に記入すること。</p>				
調査日 令和 年 月 日 市町村調査者氏名				

## 人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

診療担当科 \_\_\_\_\_

作成医師氏名 \_\_\_\_\_

(記名押印又は署名)

### 記

#### 【患者情報】

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所 \_\_\_\_\_

身障手帳障害名と等級  
\_\_\_\_\_ ( 種 級)

#### 【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名： \_\_\_\_\_

機種名： \_\_\_\_\_

#### 【確認項目】

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
- 人工内耳用音声信号処理装置の交換では無く、修理が必要である。
- 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。