

補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

第6号様式

| | | | | | | | | |
|------------------|--------|-----------------------------------|------|----------------|----------|--------|---|------|
| 氏名 | | | 生年月日 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | | | | 職業 | | | | |
| 手帳 障害名 | | | | 手帳番号 等級 | 県・市 種 | 第 級 | 号 | |
| 障 害 状 況 | 障害状況 | 右鼓膜 () 左鼓膜 () | | | | | | |
| | 障害種類 | 1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴 | | | | | | |
| | 補聴器テスト | 1 有効 2 無効 3 その他 () | | | | | | |

【純音による検査】

* 気導と骨導双方の聴力測定値を必ず御記入ください。

| | | | | |
|-----|-----|------|------|----|
| dB | | | | |
| 10 | | | | |
| 20 | | | | |
| 30 | | | | |
| 40 | | | | |
| 50 | | | | |
| 60 | | | | |
| 70 | | | | |
| 80 | | | | |
| 90 | | | | |
| 100 | | | | |
| 110 | | | | |
| | 500 | 1000 | 2000 | Hz |

気導 右 ○ 左 ×

骨導 右 □ 左 コ

平均聴力レベル(4分法)

右 ○ _____ dB

左 × _____ dB

(オーディオメーター記録紙添付可)

オーディオメーター機種 _____

【語音による検査】

最良語音明瞭度

右 _____ dB %

左 _____ dB %

* 語音明瞭度50%以下で4級を所持している
場合や90dB未満で重度難聴用補聴器を
処方される場合は
語音明瞭度検査のデータ結果を御記入ください。

| | | | |
|------------------|-----------|--|--|
| 処 方 理 由 | 型式 | 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) | |
| | 付 | 3 耳あな型 (レイメイト・オーダーメイド) 4 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) | |
| 属 品 | 5 その他 () | | |

○ 装用耳 (右 ・ 左)
○ イヤモールド (必要 ・ 不必要)

- 1 良聴耳が90dB未満の方に重度難聴用を処方する医学的理由及び具体的効果
- 2 耳あな型, 骨導式が必要な理由 (必要性・使用効果等)
* オーダーメイド処方の場合は, オーダーメイドを必要とする理由も御記入ください。
- 3 イヤモールドが必要な理由 (身体の障害の状況等)
- 4 両耳装用が必要な理由 (必要性・使用効果等)

上記のとおり処方いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
指定医氏名

(令和7年4月1日から適用)

| | | | |
|-------|--|----|---|
| 氏名 | 大正・昭和 令和 | | 業 |
| 住所 | 記入漏れがないようにお願いします。 「感音性難聴 右72.5dB 左80dB(6級)」等の記載で可 | | 記入漏れがないようにお願いします。 他に障害部位があると、「手帳障害名」と異なる等級となっている場合があります。 |
| 手帳障害名 | 手帳番号 | 等級 | 県・市 第 級 号 種 級 |

| | |
|--------|-------------------------------|
| 障害状況 | 右鼓膜 () 左鼓膜 () |
| 障害種類 | 1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴 |
| 補聴器テスト | 1 有効 2 無効 3 その他 () |

【純音による検査】 記入漏れがないようにお願いします。 方の聴力測定値を必ず御記入ください。

| | | | | | |
|-----|-----|------|--|--|--|
| dB | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 40 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 60 | | | | | |
| 70 | | | | | |
| 80 | | | | | |
| 90 | | | | | |
| 100 | | | | | |
| 110 | | | | | |
| | 500 | 1000 | | | |

平均聴力レベル(4分法)
右 ○ _____ dB
左 × _____ dB

骨導値([])の記入漏れのないようにお願いします。(オージオメーター記録紙添付可)

オージオメーター機種 _____

【語音による検査】
最良語音明瞭度
右 dB %
左 dB %

* 語音明瞭度50%以下で4級を所持している場合や90dB未満で重度難聴用補聴器を処方される場合は語音明瞭度検査のデータ結果を御記入ください。

| | |
|-----|---|
| 処方式 | 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 (レディメイド・オーダーメイド) 4 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) 5 その他 () |
| 方属品 | ○ 装用耳 (右・左) 補装具制度では、原則として「良聴耳」へ支給します。非良聴耳側へ処方される場合は、その理由をこの欄の余白に記入してください。 ○ イヤモールド (必要・不必要) |

処方理由

- 1 良聴耳が90dB未満の方に重度難聴用を処方する医学的理由及び具体的効果
高度難聴用補聴器では、日常生活や職業上でのどのような場面でどのように不十分で、重度難聴用補聴器の装用によりどのような改善を見込めるのかを記入してください。また、重度難聴用が必要とされるデータ等を添付してください。
- 2 耳あな型・骨導式が必要な理由(必要性・使用効果等)
身体上の理由のほか、職業上又は生活環境上等を理由とする場合は、ポケット型・耳かけ型での使用が非常に困難であることを常態とする状況を記入してください。ヘルメット等装着の場合、装着時の不具合の状況を記入してください。
- 3 イヤモールドが必要な理由(身体上の障害の状況等)
既製の耳栓ではなぜ適合しないのかを記入してください(制度では、今まで使ってきたこと、あるいは、重度難聴用であることだけをもってイヤモールド必要とは認められませんので御留意ください。)
- 4 両耳装用が必要な理由(必要性・使用効果等)
補装具費制度では原則1個(片耳)支給です。両耳装用を必要とする場合は、職業上又は教育上等の状況・理由が必要となります。片耳装用の場合、職業上又は教育上等のように対応できないのかを記入してください。

上記のとおり処方いたします。
令和 年 月 日

医療機関名
所在地
指定医氏名

①指定医氏名は、なるべく「自署」でお願いします。
②指定医氏名欄への押印は「不要」ですが、記載訂正された箇所には訂正印を押印してください。

作成日から6か月経過後に市町村へ申請されたものは返戻します(改めて作成していただくことになります。)

身体障害者福祉法15条の指定医でない医師により作成されたものは返戻します。