

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 第 号 種 級																																																																																																	
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 ()																																																																																																			
<p style="text-align: center;">【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。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">dB</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">気導 右 ○ 左 ×</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">骨導 右 □ 左 □</td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>平均聴力レベル(4分法)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">右 ○ _____ dB</td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">左 × _____ dB</td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">(オーディオメーター記録紙添付可)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>オーディオメーター機種</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">Hz</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">【語音による検査】 最良語音明瞭度 * 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。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">右 dB %</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左 dB %</td> <td></td> </tr> </table>							dB							10					気導 右 ○ 左 ×		20					骨導 右 □ 左 □		30							40							50					平均聴力レベル(4分法)		60					右 ○ _____ dB		70							80					左 × _____ dB		90					(オーディオメーター記録紙添付可)		100							110					オーディオメーター機種	_____		500	1000	2000	Hz			右 dB %		左 dB %	
dB																																																																																																					
10					気導 右 ○ 左 ×																																																																																																
20					骨導 右 □ 左 □																																																																																																
30																																																																																																					
40																																																																																																					
50					平均聴力レベル(4分法)																																																																																																
60					右 ○ _____ dB																																																																																																
70																																																																																																					
80					左 × _____ dB																																																																																																
90					(オーディオメーター記録紙添付可)																																																																																																
100																																																																																																					
110					オーディオメーター機種	_____																																																																																															
	500	1000	2000	Hz																																																																																																	
右 dB %																																																																																																					
左 dB %																																																																																																					
処 方 属 品	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) 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 ()																																																																																																			
	付属品	<input type="radio"/> 装用耳 (右・左) <input type="radio"/> イヤモールド (必要・不必要) (非良聴耳処方理由:)																																																																																																			
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																																																																																																				
	* 装用語音明瞭度検査や試聴の結果を踏まえ、高度難聴用装用と比較しての具体的な効果を御記入ください。																																																																																																				
	2 耳あな型、骨導式が必要な理由 (必要性・使用効果等)																																																																																																				
	* 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)																																																																																																					
* 片耳装用では対応できない職業上・教育上等の理由を具体的に御記入ください。																																																																																																					
上記のとおり処方いたします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 医療機関名 所在地 指定医氏名 </div>																																																																																																					

(令和8年4月1日から適用)

補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

第6号様式

氏名	作成に当たってのお願い		生年月日	大正・昭和 平成・令和	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。																																																																								
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		職業																																																																										
手帳障害名			手帳番号	等級	県・市 第 級 号 種 級																																																																								
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 ()																																																																												
<p>【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。</p> <table border="1"> <tr><td>dB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>平均聴力レベル(4分法) 右 ○ _____ dB 左 × _____ dB</p> <p>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 _____</p> <p>聴力検査の結果が「手帳障害名」の等級と異なる場合は、手帳の再交付(程度変更)手続が優先されます。</p>						dB						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						110					
dB																																																																													
10																																																																													
20																																																																													
30																																																																													
40																																																																													
50																																																																													
60																																																																													
70																																																																													
80																																																																													
90																																																																													
100																																																																													
110																																																																													
<p>【語音による検査】 非良聴耳側へ処方される場合も、語音明瞭度検査の結果を記入してください。</p> <table border="1"> <tr><td>最良語音明瞭度</td><td>右</td><td>dB</td><td>%</td></tr> <tr><td></td><td>左</td><td>dB</td><td>%</td></tr> </table> <p>* 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。</p>						最良語音明瞭度	右	dB	%		左	dB	%																																																																
最良語音明瞭度	右	dB	%																																																																										
	左	dB	%																																																																										
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) ○ イヤモールド (必要・不必要) (非良聴耳処方理由:)																																																																												
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、日常生活や職業上な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			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。) 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。																																																																										
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。																																																																													

(令和8年4月1日から適用)