

難聴児補聴器処方意見書

氏名	鹿児島 太郎	(男)・女	令和〇年	△月	×日生 (□歳)	
住所	鹿児島市山下町11番1号	疾病名	××			
障害種類	<input checked="" type="radio"/> 1 伝音性難聴 <input type="radio"/> 2 感音性難聴 <input type="radio"/> 3 混合性難聴					
補聴器テスト	右: <input checked="" type="radio"/> 1 有効 <input type="radio"/> 2 無効 <input type="radio"/> 3 その他 ()		左: <input checked="" type="radio"/> 1 有効 <input type="radio"/> 2 無効 <input type="radio"/> 3 その他 ()			
現在までの補聴器装用の有無	右 (有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)		左 (有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)			

【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下さい。

気導 右 ○ 左 ×
骨導 右 [] 左 []

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

○○○

非良聴耳側へ予報される場合、語音明瞭度検査の結果を記入してください。

【語音による検査】

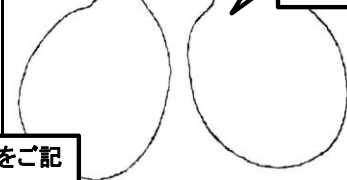
最良語音明瞭度

右 dB

左 dB

非良聴耳側へ予報される場合、語音明瞭度検査の結果を記入してください。

耳鼻疾患の有無及び障



該当する部分をご記入ください。

補聴器の種類(処方)	軽度・中等度難聴用 (右 ・ 左)	処方の理由 (耳あな型(必要性・使用効果等)及びイヤモールド(身体の障害の状況等)が必要な場合は、下欄に理由を御記入ください。)
	耳かけ型 高度難聴用 (右 ・ 左)	
	重度難聴用 (右 ・ 左)	
	その他 (型式) ()	
	イヤモールド (要 ・ 否 (右 ・ 左))	
	FM型受信機 (右 ・ 左)	
FM型ワイヤレスマイク (右 ・ 左)		
オーディオチューン (右 ・ 左)		

イヤモールドなどを処方する理由をご記入ください。

現在までの障害の状況(治療の内容, 期間, 経過)・意見を御記入ください。

(※FM型受信機・FM型ワイヤレスマイク・オーディオチューンを処方した場合は、その医学的理由についてご記入ください。)

補聴器を処方する理由をご記入ください。

- 1 意見書の記載は、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する医師に限る。
- 2 教育および生活上特に必要と認める場合は、両耳用として2個支給することができる。
- 3 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に **作成日から6か月内が有効** 等を優先して受けるよう取り扱うこととする。

上記のとおり意見する。

令和 年 月 日
身体障害者福祉法第15条の指定医であること。

日 医療機関名
所在地

自署であれば、印鑑不要

15条指定医師名