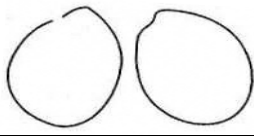


補聴器処方意見書

住 所						
氏 名			T・S・H・R	年	月 日生 (歳)	
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					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 
	-20					
	-10					
	0					
	10					
	20					
	30					
	40					
	50					
	60					
70						
80						
90						
100						
110						
120						
130						
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御記入下さい。						
語音明瞭度検査%検査 音源 ()						
	60 dB	70 dB	80 dB	90 dB		
裸 耳						
補聴器						
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						
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。						
令和 年 月 日 所 在 地 医療機関名 診療科名				医師名 (記名押印又は署名)		
				製作予定業者名		

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