


<記入上の注意> 補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

氏名			性別	男・女	生年月日	明大平 年 月 日 () 歳																																																																	
住所			障害名																																																																				
病歴			原因傷病名	※ 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で定める特殊の疾病(難病)に該当(□する □しない)																																																																			
障害・疾患等の状況	標準純音聴力検査の結果 聴力レベル(4分法)		オーソメーターの型式		検査者()																																																																		
	右	左	<table border="1"> <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> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				20						30						40						50						60						70						80						90						100						110						120				
20																																																																							
30																																																																							
40																																																																							
50																																																																							
60																																																																							
70																																																																							
80																																																																							
90																																																																							
100																																																																							
110																																																																							
120																																																																							
	最高語音明瞭度 (語音明瞭度の身体障害者手帳所持者は必ず記載) 右 % (dB) 左 % (dB)																																																																						
	鼓膜所見 右  左																																																																						
	現在認定されている身体障害者手帳 □聴覚障害(級) □非該当		気導 右:○ 左:× 骨導 右:[左:]																																																																				
処方	補聴器	高度難聴用: □ポケット型(右・左) □耳かけ型(右・左)																																																																					
		□耳あな型レディメイド(右・左) □耳あな型オーダーメイド(右・左)																																																																					
		重度難聴用: □ポケット型(右・左) □耳かけ型(右・左)																																																																					
		骨導式: □ポケット型(右・左) □眼鏡型(右・左)																																																																					
		その他: □() □イヤモールド(右・左)																																																																					
	補装具として両耳装用を必要とする理由	処方補聴器																																																																					
備考(※)																																																																							
使用効果適合判定所見	補聴器の使用状況を記載して下さい。例)良好である。記入漏れが多いところです。																																																																						
上記のとおり意見、処方する。		所在地																																																																					
平成 年 月 日	医療機関名	印																																																																					
	医師名	印																																																																					
平成 年 月 日	審査の結果、補装具の給付は 適当・不適当 と認める。																																																																						
沖縄県身体障害者相談所 住 所 〒903-0804 那覇市首里石嶺町4-385-1 判 定 医 印																																																																							

※太枠の中をご記入下さい。

記入漏れがないようご確認下さい。原因傷病名は中耳炎後遺症、感音性難聴、

記入漏れがないようご確認下さい。

最高語音明瞭度の検査データがあれば

該当する箇所への印の記入と等級を

基本手に補聴器は、検査結果を踏まえ良好な耳への処方が基本です。異なる処方となる場合はそれなりの理由を下記備考等

障害者自立支援法による補装具費の支給対象となる補聴器は、原則1個です。両耳の支給を必要とする場合は、教育上・職業上・障害上などの理由、その効

補聴器機種名を記載して下さい。記入漏れが多いところです。

(1)身体障害者手帳6級・4級所持者が重度難聴用を必要とする場合の理由
(2)耳穴型が必要な理由及び具体的効果上記に該当する場合は、別紙記入例を参

医師押印(自筆の場合は不要)の漏れがないかご確認下さい。(公文書偽造防止の観点からもご協力をお

※以下の処方の場合、適応または必要とする理由を「備考」欄に記載してください。(非良聴耳への処方、装用耳の現症聴力が90dB未満で重度難聴用、装用耳の現症聴力が90dB以上で高度難聴用、耳あな型、補助援助システム等)
 ※難病患者については、身体症状の変動状況や日内変動等についても「備考」欄に記載してください。
 ※支給基準を超えると、特例補装具扱いとなる場合があります。その場合は、「特例補装具費支給意見書」のご記入も併せてお願いします。