

<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(<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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) | | オーディオメーターの型式 | | 検査者() | | | | | | |
| | 右 | dB | 左 | dB | | | | | | | |
| | 最高語音明瞭度 (語音明瞭度の身体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 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 聴覚障害 (級) <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | | | | | | | |
| 処方 | 補聴器 | 高度難聴用: <input type="checkbox"/> ポケット型(右・左) <input type="checkbox"/> 耳かけ型(右・左) | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド(右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド(右・左) | | | | | | | | | |
| 備考(※) | 補装具として 両耳装用を 必要とする理由 | 重度難聴用: <input type="checkbox"/> ポケット型(右・左) <input type="checkbox"/> 耳かけ型(右・左) | | | | | | | | | |
| | | 骨導式: <input type="checkbox"/> ポケット型(右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡型(右・左) | | | | | | | | | |
| | | その他: <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> イヤモールド(右・左) | | | | | | | | | |
| 備考(※) | 補聴器の種類を記載して下さい。 記入漏れが多いところです。 | | 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。 | | | | | | | | |
| 備考(※) | (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、別紙記入例を参考に、より具体的にご記入下さい。 | | | | | | | | | | |
| 備考(※) | 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。 | | | | | | | | | | |
| 備考(※) | 医師押印(自筆の場合は不要)の漏れがないかご確認ください。 (公文書偽造防止の観点からご協力をお願いします。) | | | | | | | | | | |
| 備考(※) | 上記のとおり意見、処方する。 | | 所在地 | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | 医療機関名 | | 印 | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | 医師名 | | 印 | | | | | | | |
| 審査の結果、補装具の給付は 適当 ・ 不相当 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、加齢性難聴、不詳等

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入力して下さい

該当する箇所への☑印の記入と等級をご記入下さい

基本的に補聴器は、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に記載して下さい。

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、その効果を具体的に記入下さい。

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、別紙記入例を参考に、より具体的にご記入下さい。

医師押印(自筆の場合は不要)の漏れがないかご確認ください。
(公文書偽造防止の観点からご協力をお願いします。)

※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。(非良難聴への処方、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。