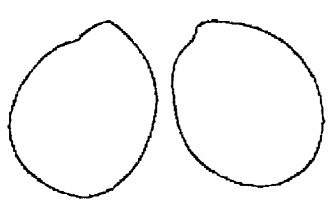
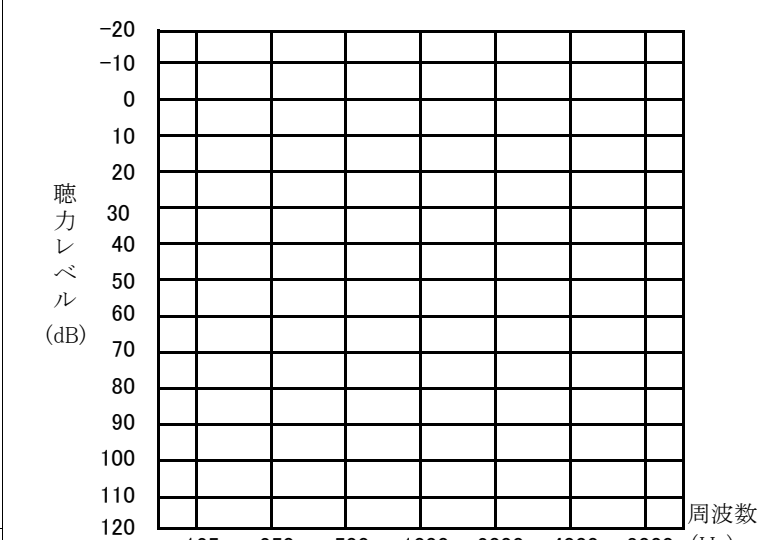


補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	明大平	年	月	日	()歳
住所				障害名	身体障害者手帳 聴覚()級				
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					
	右 _____ dB 左 _____ dB 最高語音明瞭度 (語音明瞭度の身障手帳所持者は必ず記載) 右 _____ %(_____ dB) 左 _____ %(_____ dB) 鼓膜所見  右 _____ 左 _____			検者(_____) 					
今回の検査結果は 聴覚障害()級相当・非該当				気導 右:○ 左:× 骨導 右:[左:]					
処方	該当する項目にチェックを入れ、必要な事項を記載してください。	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)						
			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)						
		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									
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						
			医師名						
令和 年 月 日			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						

※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、補聴器システム等)

※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。