様式例Ａ－４

補聴器補装具費支給意見書

氏名		男・女	生年月日	年　月　日生（　歳）

診察所見

難聴の種別	伝音性難聴　・　感音性難聴　・　混合性難聴
障害名 (原傷病名) 疾病名	(身障手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載してください。)

※オージオグラム（気導、骨導とも）は必ず添付してください。

補聴器処方

装用耳	右耳　・　左耳　・　両耳	イヤモールド	要　・　否

タイプ

- □ 高度難聴用ポケット型
- □ 高度難聴用耳かけ型
- □ 重度難聴用ポケット型
- □ 重度難聴用耳かけ型
- □ 耳あな型（レディメイド）
- □ 耳あな型（オーダーメイド）
- □ 骨導式ポケット型
- □ 骨導式眼鏡型
- □ 補聴システム

（機種名：＿＿＿＿＿＿　受信機：＿＿台　・ワイヤレスマイク：＿＿台）

□ その他（　）

適応理由等

（処方の詳細、処方理由等）

※耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること。（耳あな型でオーダーメイドの場合は、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記入してください。）

補聴器の調整

- 当該病院・診療所で医師の管理下にてフィッティングを行う。
- 業者に委託する。（指示等があれば、以下に記入。）

（ 調整上の参考事項〔不快域等〕、指示〔出力制限等〕）

以上のとおり意見する。

年　月　日

医療機関名

医師氏名

意見書作成医師の資格

□ 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医

□ その他（　）

適合確認（　年　月　日）
確認者 職氏名

（注）補聴器タイプの高度難聴用、重度難聴用はＪＩＳ規格による９０ｄＢ最大出力音のピーク値の表示値での区分で、それぞれ１４０ｄＢ未満、１４０ｄＢ以上のものです。　なお、ピーク値１２５ｄＢ以上では出力制限装置つきです。