

注5 聴覚障害の障害程度が3級の者に高度難聴用を処方する場合、「高度難聴用が適当」と判断する理由を「処方理由・その他特記事項」の欄に記入してください。

注4 聴覚障害の障害程度が4級の者に重度難聴用を処方する場合、必要な理由を「処方理由・その他特記事項」の欄に記入してください。

注3 耳あな型補聴器、および両耳装用の場合は職業上、教育上、真に必要な理由を記入してください。

注2 概ね3か月以内の身体障害者診断書・意見書（聴覚障害用）の写しの添付があるときは※の項目の記入の必要はありません。

注1 該当するものを○で囲んでください。

補装具意見書(補聴器)																																																																																																				
氏 名				生 年 月 日		年 月 日																																																																																														
住 所																																																																																																				
※ 傷病名				(発症 年 月 日ごろ)																																																																																																
※経過および現症						※																																																																																														
1伝音性難聴 2感音性難聴 3混合性難聴																																																																																																				
※語音明瞭度				右 % 左 %																																																																																																
※ 聴力レベル 〔会話音域の 平均聴力レベル〕		右 dB 左 dB		※聴力検査(純音による検査) オーディオメーターの形式()				右…○ 左…×																																																																																												
補 聴 効 果		右 有 ・ 無 左 有 ・ 無		<table><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></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><td></td></tr><tr><td>40</td><td></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><td></td></tr><tr><td>60</td><td></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><td></td></tr><tr><td>80</td><td></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><td></td></tr><tr><td>100</td><td></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><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 125 250 500 1000 2000 4000 8000						0							10							20							30							40							50							60							70							80							90							100							110													
0																																																																																																				
10																																																																																																				
20																																																																																																				
30																																																																																																				
40																																																																																																				
50																																																																																																				
60																																																																																																				
70																																																																																																				
80																																																																																																				
90																																																																																																				
100																																																																																																				
110																																																																																																				
補聴器等の 処方	高度難聴用		ポケット型 耳かけ型																																																																																																	
	重度難聴用		ポケット型 耳かけ型																																																																																																	
	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																																																																																																	
	補聴援助システム		ワイヤレスマイク 受信機																																																																																																	
	装 用 耳		右耳 ・ 左耳																																																																																																	
イヤモールド		要 ・ 不要		(必要性の具体的理由)																																																																																																
上記で耳あな型、両耳装用または補聴援助システムを必要とした場合		職業上必要 教育上必要																																																																																																		
処方理由・その他特記事項																																																																																																				
年 月 日 (病院名) (医師名) 次の該当する項目にチェックしてください。 ☐ 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 ☐ 国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師 ☐ 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医 *下欄は福井県障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が記入します。																																																																																																				
上記補装具は(適当・不适当)と判定します。 年 月 日 福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査医師																																																																																																				