様式２－４

補 聴 器 意 見 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 　名 |  | 生年月日 |  年 　月　 日（　歳） |
| 住　所 |  | 手帳等級 | 種　　 級 |
| 障害名 | ※語音明瞭度での手帳取得の場合は左右の語音明瞭度を記入のこと |
|  現　 症 | 　　 125　 500　 1000　 2000　 Hz |
|  聴0102030405060708090100110 力　 レ  ベ  ル　　 　　 　　 　　 　　 　 　　 　　　 |  |  | 聴力　右　　　　db 左 db【障害の種類】　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　　　％鼓膜の状態 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| 　　 ｄb　※気導：右耳○　左耳×　　骨導：右耳［　左耳　］ |
| 医学的所見（補聴効果等） |  |
| 補聴器の型 | １高度難聴用ポケット型　２高度難聴用耳かけ型　３重度難聴用ポケット型４重度難聴用耳かけ型　　　５耳あな型レデイメイド　６耳あな型オーダーメイド　７骨導式（ポケット型・眼鏡型）７　その他（　　　　　　　　　） |
| イヤモールド(要の場合は理由） | １　要（理由　　　　　　　　　　　　　　　）　　　２　不要 |
| その他特記事項 |  |
| 　　 上記のとおり診断する。　　　　　年　　月　 日  医療機関名　　　　　　　　　　 　　所在地　　　　　　　　　　　　　 指定医師氏名  |

**裏面の【記入上の留意事項】をお読みください。**

**【記入上の留意事項】**

**●身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。**

**●該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。**

**●補聴器の対象者**

**◇高度難聴用**

**両耳とも聴力レベルが原則90ｄB未満の者**

**語音明瞭度５０％以下で手帳取得の場合は意見書に語音明瞭度の記載が必要**

**◇重度難聴用**

**両耳とも聴力レベルが原則90ｄB以上の者**

**◇骨導式**

**伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者**

**◇耳あな型**

**・ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が身体上、職業上使用できない等、真に必要な者が対象**

**（例示）**

**【身体上の理由】**

**・耳介変形のため、耳かけ型を耳に掛けることができない。**

**【職業上の理由】**

**・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、耳かけ型ではハウリングが常におきてしまう。**

**・調理師で、常に油煙・湯気のある場所で働いており、耳かけ型では防水カバーをつける等の対策をたてても故障が多い　　等**

**・耳あなオーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者**

**●「医学的所見」欄について**

**申請する補聴器の目的、効果見込みについて具体的に記載すること。**

**●両耳装用処方が必要な場合はその理由および具体的な効果について記入すること。**

**（補装具費支給対象となる補聴器は原則１種目１個です。両耳装用により２台必要な場合は複数交付と考えますので、教育上・職業上等の理由およびその効果について示すこと。）**

**●特例補装具、FM補聴器等が必要な場合は、様式４：特例補装具支給理由書も提出すること。**

**●イヤモールドの必要の有無は必ず記入すること。**