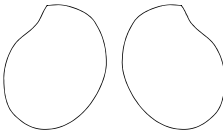


補装具費支給意見書(補聴器)

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名																																												
原傷病名及び機能障害名	障害原因と機能障害名を記載すること。(発症年月日) ※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)																																															
経過	※経過は必ず記載すること。手術を施行しない場合は、その理由も記載すること。																																															
障害現症	1 聴力レベル 検査日 年 月 日 オーダーオメーターの型式：() (オーディオグラム別紙添付可) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">気導聴力(Hz)</th> <th colspan="3">骨導聴力(Hz)</th> <th rowspan="2"></th> </tr> <tr> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>平均</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2"> <留意点> ①平均値は「4分法」で計算すること。 ②気導聴力は、閾値が105dB以上の場合、当該部分のdBを105dBと記載すること。 ③骨導聴力は、測定不能(スケールアウト)の場合、数値の横に矢印↓を記載すること。 </td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dB</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ※手帳認定時より障害程度に変化が生じた場合は、再認定が必要となります。 2 鼓膜所見  3 語音明瞭度 ※語音明瞭度による手帳所持者は、語音検査の結果を記載すること。 検査日 年 月 日 検査語表 () <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">右</td> <td style="width:10%;">%</td> <td style="width:10%;">(</td> <td style="width:10%;">dB)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>左</td> <td>%</td> <td>(</td> <td>dB)</td> </tr> </table>						気導聴力(Hz)				骨導聴力(Hz)				500	1000	2000	平均	500	1000	2000	右				dB				<留意点> ①平均値は「4分法」で計算すること。 ②気導聴力は、閾値が105dB以上の場合、当該部分のdBを105dBと記載すること。 ③骨導聴力は、測定不能(スケールアウト)の場合、数値の横に矢印↓を記載すること。	左				dB					右	%	(dB)		左	%	(dB)
	気導聴力(Hz)				骨導聴力(Hz)																																											
	500	1000	2000	平均	500	1000	2000																																									
右				dB				<留意点> ①平均値は「4分法」で計算すること。 ②気導聴力は、閾値が105dB以上の場合、当該部分のdBを105dBと記載すること。 ③骨導聴力は、測定不能(スケールアウト)の場合、数値の横に矢印↓を記載すること。																																								
左				dB																																												
	右	%	(dB)																																												
	左	%	(dB)																																												
処方	1 補聴器 (1) 高度難聴用(聴力レベルが90dB未満) (2) 重度難聴用(聴力レベルが90dB以上) ※聴力レベルが90dB未満で、重度難聴用を処方する場合は、以下に具体的な理由を記載すること。 [] 2 付属品 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">名 称</th> <th>必要とする医学的理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>イヤモールド(要・不要)</td> <td>(1) 既製の耳栓ではハウリングが生じてしまう。 (2) その他(イヤモールドを必要とする具体的な理由を記載すること) ()</td> </tr> </tbody> </table> 3 その他(耳あな型、骨導式など)の補聴器の補装具費支給には一定の条件があるため、下記の補装具を必要とする場合は、医学的理由を具体的に記載すること。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">名 称</th> <th>必要とする医学的理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					名 称	必要とする医学的理由	イヤモールド(要・不要)	(1) 既製の耳栓ではハウリングが生じてしまう。 (2) その他(イヤモールドを必要とする具体的な理由を記載すること) ()	名 称	必要とする医学的理由																																					
名 称	必要とする医学的理由																																															
イヤモールド(要・不要)	(1) 既製の耳栓ではハウリングが生じてしまう。 (2) その他(イヤモールドを必要とする具体的な理由を記載すること) ()																																															
名 称	必要とする医学的理由																																															
記載年月日 年 月 日 医療機関名 診療科 医師名 印																																																