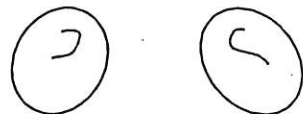


# 補聴器費支給意見書（書面判定用）

本人	氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）																																																																																															
	住所					電話番号																																																																																															
障がい名						等級	種 級																																																																																														
現 症	聴 力 レ ベ ル	オージオグラム(気導・骨導検査を記入のこと) (dB) <table border="1" style="width: 100%; height: 150px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>30</td><td></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><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></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><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></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><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></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><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				30								40								50								60								70								80								90								100								110								120								130								会話音域平均聴力レベル (4分法) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td style="width: 50px;">右</td> <td style="width: 50px;">dB</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"></td> <td>左</td> <td>dB</td> </tr> </table>			右	dB		左	dB
	30																																																																																																				
	40																																																																																																				
	50																																																																																																				
60																																																																																																					
70																																																																																																					
80																																																																																																					
90																																																																																																					
100																																																																																																					
110																																																																																																					
120																																																																																																					
130																																																																																																					
	右	dB																																																																																																			
	左	dB																																																																																																			
		語音明瞭度 : 右      % (      dB) [裸耳]      左      % (      dB)		鼓 膜 所 見																																																																																																	
																																																																																																					
右耳		1 伝音性難聴    2 感音性難聴    3 混合性難聴																																																																																																			
左耳		1 伝音性難聴    2 感音性難聴    3 混合性難聴																																																																																																			
補聴効果 について	語音明瞭度[補聴器使用]: 右      % (      dB) ・ 左      % (      dB)																																																																																																				
処方 <small>(必要なものに○を付ける)</small>	装用	1 右耳    2 左耳    3 両耳 (特記事項欄に必要な理由を記載)																																																																																																			
	適応	1 高度難聴用    2 重度難聴用 (特記事項欄に理由を記載)																																																																																																			
		イヤモールド	要 (特記事項欄に必要な理由を記載)				不要																																																																																														
特記事項																																																																																																					
上記のとおり診断する。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                     医療機関の住所                      電話                      —      —                 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>平成    年    月    日</span> <span>医療機関の名称 15条指定医師名</span> <span style="margin-left: 100px;">印</span> </div>																																																																																																					

※「特記事項」欄には①両耳装用が必要な理由 ②重度難聴用が必要な理由 ③イヤモールドが必要な理由 ④骨導式が必要な理由等について記載してください。  
 なお、障害者自立支援法に基づく支給基準は次のとおりです。  
 ・支給数は原則として1個です。  
 ・イヤモールドの対象者は、既製の耳栓ではハウリングが起こる者です。  
 ・骨導式補聴器の対象者は、伝音性難聴であって耳漏が著しい者、または外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓やイヤモールドの使用が困難な者となっています。

※状況により、本人に身体障害者相談センターへ来所していただく場合があります。  
 ※問い合わせ先：宮崎県身体障害者相談センター(Tel 0985-29-2556)