

補装具費支給に関する意見書 (補聴器用)

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	1 適当      2 不適當      3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年      月      日

氏 名	男・女	生年 月 日	年 月 日		
住 所				歳	
障害名及び原因となつた疾病・外傷名 (○をつける)	右 感音・伝音・混合 難聴 左 感音・伝音・混合 難聴 語音明瞭度不明瞭 その他 ( )	疾病・傷病 発生日	年 月 日	障害 等級	級
現 症	オーディオグラム記載欄 (※貼り付けも可)				
	4分法による聴力レベル (右      dB) (左      dB)		聴力測定日	年 月 日	
語音明瞭度検査 (右      %) (左      %)		検査日	年 月 日		
補聴器の装用効果	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 試用した ( <input type="checkbox"/> 効果あり <input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果不明 (      ) ) <input type="checkbox"/> 未定 (児のみ選択可) <input type="checkbox"/> 再申請 現在の状況 補聴器を <input type="checkbox"/> 使用中 (形式      ) <input type="checkbox"/> なし				

様式 2 - 5 (裏面)

必要とする補聴器等の装用耳の欄に○を記載してください。(両耳装用の場合は左右両方に○) また、必ず、障害等級(2級～6級)に応じた名称・形式の補聴器(高度、重度、他)を選定してください。			
名 称 ・ 形 式	左	右	対 象 者
高度難聴用ポケット型			原則として、装用耳の平均聴力レベルが 90 dB未満(手帳 6 級、4 級の障害程度に相当)の方
高度難聴用耳かけ型			
重度難聴用ポケット型			原則として、装用耳の平均聴力レベルが 90 dB以上(手帳 3 級、2 級の障害程度に相当)の方
重度難聴用耳かけ型			
耳あな型レディメイド			身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難な方(オーダーメイドの場合は障害状況、耳の形状等レディメイド対応不可の方)
耳あな型オーダーメイド			
骨導式ポケット型			伝音性・混合性難聴であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ耳栓又はイヤーマールドの仕様が困難な方
骨導式眼鏡型			
FM 型 (FM 補聴システム)			教育上等の理由で必要な方(原則 1 個)
イヤーマールド			
<p>※ 支給対象となる補聴器等は原則 1 個です。                  ※ 両耳装用が必要な場合、又は 耳あな型・骨導式・FM補聴システムを選定した場合には、該当する項目にレ点を記入してください。</p> <p><b>必要な理由</b></p> <p> <input type="checkbox"/>教育上の理由      ( <input type="checkbox"/>言語習得      <input type="checkbox"/>学習効果の改善      <input type="checkbox"/>音の認識・方向性の改善 )  <input type="checkbox"/>職業上の理由      ( <input type="checkbox"/>危険防止      <input type="checkbox"/>作業効率の向上      <input type="checkbox"/>業務対応上の必要性 )  <input type="checkbox"/>身体上の理由                      <input type="checkbox"/>耳介の欠損・変形    <input type="checkbox"/>耳漏が著しい    <input type="checkbox"/>外耳道閉鎖症等                      <input type="checkbox"/>その他 (該当する場合は記入 )  <input type="checkbox"/>その他 (該当する場合は記入 )                 </p>			
<p>その他製作にあたっての留意点等</p>			
<p>上記のとおり意見します。                  年 月 日</p> <p>医療機関名                  所在地                  作成医師氏名                  電話番号 ( )</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)</p> <p> <input type="checkbox"/> 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で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注)  <input type="checkbox"/> 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、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注)  <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師  <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)                 </p>			

※ 注 専門医とは、平成 19 年厚生労働省告示第 108 号第 1 条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。