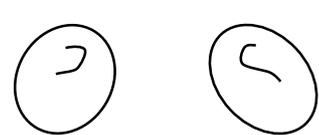


補聴器費支給意見書（書面判定用）

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 カ 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> <tr> <td></td><td></td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000 8000 (Hz)</td></tr> </table>				30								40								50								60								70								80								90								100								110								120								130										125	250	500	1000	2000	4000 8000 (Hz)	会話音域平均聴力レベル (4分法) <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-left: 1px solid black;">右</td><td style="border-left: 1px solid black;">dB</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black;">左</td><td style="border-left: 1px solid black;">dB</td></tr> </table>	右	dB	左	dB
	30																																																																																																									
	40																																																																																																									
	50																																																																																																									
60																																																																																																										
70																																																																																																										
80																																																																																																										
90																																																																																																										
100																																																																																																										
110																																																																																																										
120																																																																																																										
130																																																																																																										
		125	250	500	1000	2000	4000 8000 (Hz)																																																																																																			
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;"> 令和 年 月 日 医療機関の名称 15条指定医師名 印 </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）