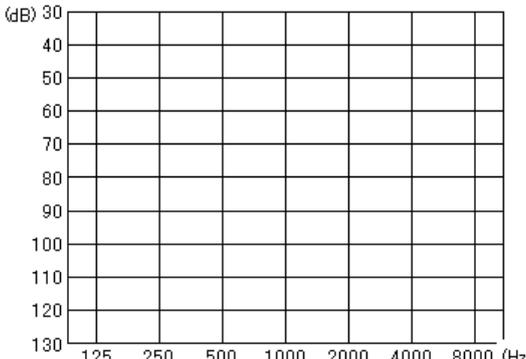
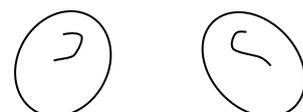


補聴器費支給意見書（書面判定用）

本人	氏名		生年月日	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) 30 		会話音域平均聴力レベル (4分法) <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">[</td> <td style="padding: 0 5px;">右</td> <td style="padding: 0 5px;">dB</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em;">]</td> <td style="padding: 0 5px;">左</td> <td style="padding: 0 5px;">dB</td> </tr> </table>		[右	dB]	左	dB
	[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)