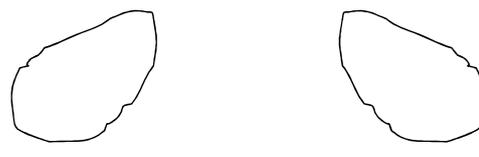


(表面)

補聴器意見書

氏名			生年月日	年 月 日 歳																																																																																																								
住所			手帳等級	種 級																																																																																																								
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載して下さい。)																																																																																																											
障がい・疾病等の状況	<table border="1"> <tr> <td>聴</td> <td>125</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr> <td>力</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>レ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ベ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ル</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		聴	125	500	1000	2000	Hz	力						レ						ベ						ル							0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						110					聴力 右 <input type="text"/> d B 左 <input type="text"/> d B		鼓膜の状態 	
	聴	125	500	1000	2000	Hz																																																																																																						
力																																																																																																												
レ																																																																																																												
ベ																																																																																																												
ル																																																																																																												
	0																																																																																																											
	10																																																																																																											
	20																																																																																																											
	30																																																																																																											
	40																																																																																																											
	50																																																																																																											
	60																																																																																																											
	70																																																																																																											
	80																																																																																																											
	90																																																																																																											
	100																																																																																																											
	110																																																																																																											
その他の所見	(難病患者等は、身体症状等の変動状況や日内変動等について記載して下さい。)																																																																																																											
補聴器の処方	装用耳	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 左右どちらでもよい <input type="checkbox"/> 両耳 <small>(聴力が低下している側や両耳に処方する場合はその理由を記載してください。)</small>																																																																																																										
	補聴器	理由	<input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 骨導式 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型																																																																																																									
	処方理由等																																																																																																											
注2) 付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド 必要な理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形等により、既成の耳栓が合わない <input type="checkbox"/> 補聴器の試用の際（補聴効果を調べるとき）、ハウリングしやすい <input type="checkbox"/> その他 { }																																																																																																										
	<input type="checkbox"/> FM型受信機 <input type="checkbox"/> FM型用ワイヤレスマイク（充電器を含む） <input type="checkbox"/> オーディオチュー <input type="checkbox"/> その他 { }																																																																																																											

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師氏名

印

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりです。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者
 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医

注1) 該当する項目の□の中に、チェックを入れてください。

注2) 補聴器の処方に当たっては裏面「記入上の注意」をご参照のうえ、ご記入ください。

注3) 状況によっては、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

(裏面)

記入上の注意

事務の円滑・適正な運用に資するため、下記に留意し、表面「補聴器意見書」の記入をお願いします。

● 補聴器の基本構造及び対象者

種別		内容	
高度難聴用 ポケット型 耳かけ型	基本構造	① 90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB未満のもの。 90dB最大出力音圧のピーク値が125dB以上に及ぶ場合は出力制限装置をつける。	② 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が130db未満のもの。 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が120db以上に及ぶ場合は出力制限装置をつける。
	対象者	概ね聴力レベルが90dB未満の者	
重度難聴用 ポケット型 耳かけ型	基本構造	① 90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB以上のもの。 その他は高度難聴用①に準ずる。	
	対象者	② 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が130db以上のもの。 その他は高度難聴用②に準ずる。	
耳あな型	レディメイド	基本構造	高度難聴用に準ずる。
		対象者	ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に耳あな型の補聴器を必要とする者。
	オーダーメイド	基本構造	耳あな型レディメイドに準ずる。ただし、出力制限装置は内蔵型を含むもの。
		対象者	障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式 ポケット型 眼鏡型	基本構造	90dB最大フォースレベルの表示値が110dB以上のもの。	
	対象者	伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤーマールドの使用が困難な者。	
イヤーマールド	対象者	外耳道の変形等により、既成の耳栓が合わない者。 補聴器の試用の際(補聴効果を調べるとき)、ハウリングが避けられない者	

● 補聴器の差額自己負担について

大分県では、平成31年度から、基本構造である高度難聴用、重度難聴用に変更がない場合で、価格の差額自己負担を使用者が了解すれば、希望する型(ポケット型・耳かけ型・耳あな型)を選択できるようになりました。骨導式についても同様に、ポケット型から眼鏡型に変更可能です(下図参照)。

なお、医学的な処方による対象者の判断基準に変更はありません(上図参照)。

また、本人が差額自己負担により耳あな型等を希望する場合でも、スイッチ操作が困難な場合等個人の状況によって医学的処方からの変更が不適当と判断される場合は、表面の「補聴器の処方」欄の処方理由等にその旨をご記入ください。

差額を自己負担することにより変更可能な補聴器		
判定で処方された補聴器		差額自己負担できる補聴器
高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型	➡	高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 耳あな型(レディメイド・オーダーメイド)
重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型	➡	重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 耳あな型(レディメイド・オーダーメイド)
骨導式ポケット型	➡	骨導式眼鏡型

● 両耳装用について

補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則として1個(片耳)です。

ただし、身体障害者・児の障がいの状況を勘案し、職業又は教育上等、真に必要な場合は、2個(両耳)支給できます。

● 「処方理由等」欄の記入について

下記に該当する処方の場合は、処方理由や使用効果を必ず「理由」の欄に記入してください。

- 装用耳は聴力の良い方が補聴効果が高いとされていますが、聴力が低下している側に処方する場合
- 装用耳の聴力が90dB未満で、重度難聴用補聴器を処方する場合
- 耳あな型や両耳装用、FM型を希望する場合