（補様式５）

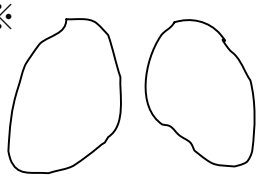
補装具意見書（補聴器）

氏　名		生　年 月　日	年　　月　　日
住　所			
※ 傷病名	（発症　　年　　月　　日ごろ）		

※経過および現症

１伝音性難聴　　２感音性難聴　　３混合性難聴

※



※語音明瞭度　　右　　％　　左　　％

※ 聴力レベル （会話音域の平均聴力レベル）	右　　dB 左　　dB	
補聴効果	右　有　・　無 左　有　・　無	
補聴器の処方	高度難聴用	ポケット型
		耳かけ型
	重度難聴用	ポケット型
		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
		眼鏡型
		ＦＭ型加算
装用耳	右耳　・　左耳	
イヤモールド	要　・　不要	
上記で耳あな型または両耳装用とした場合	職業上必要 教育上必要	

※聴力検査（純音による検査）　右…○
オージオメーターの形式（　　）左…×

	125	250	500	1000	2000	4000	8000
0							
10							
20							
30							
40							
50							
60							
70							
80							
90							
100							
110							

（必要性の具体的理由）

処方理由・その他特記事項

年　　月　　日

（病院名）
（医師名）

次の該当する項目にチェックしてください。

□　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医
□　国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師
□　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、かつ所属医学会で認定されている専門医

＊下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

上記補装具は（適当・不適当）と判定します。

年　　月　　日　福井県総合福祉相談所　審査医師

注１　該当するものを○で囲んでください。
注２　概ね３か月以内の身体障害者診断書・意見書(聴覚障害用)の写しの添付があるときは※の項目の記入の必要はありません。
注３　耳あな型補聴器、および両耳装用の場合は職業上、教育上　真に必要な理由を記入してください。
注４　聴覚障害の障害程度が４級の者に重度難聴用を処方する場合、必要な理由を「処方理由・その他特記事項」の欄に記入してください。
注５　聴覚障害の障害程度が３級の者に高度難聴用を処方する場合、「高度難聴用が適当」と判断する理由を「処方理由・その他特記事項」の欄に記入してください。