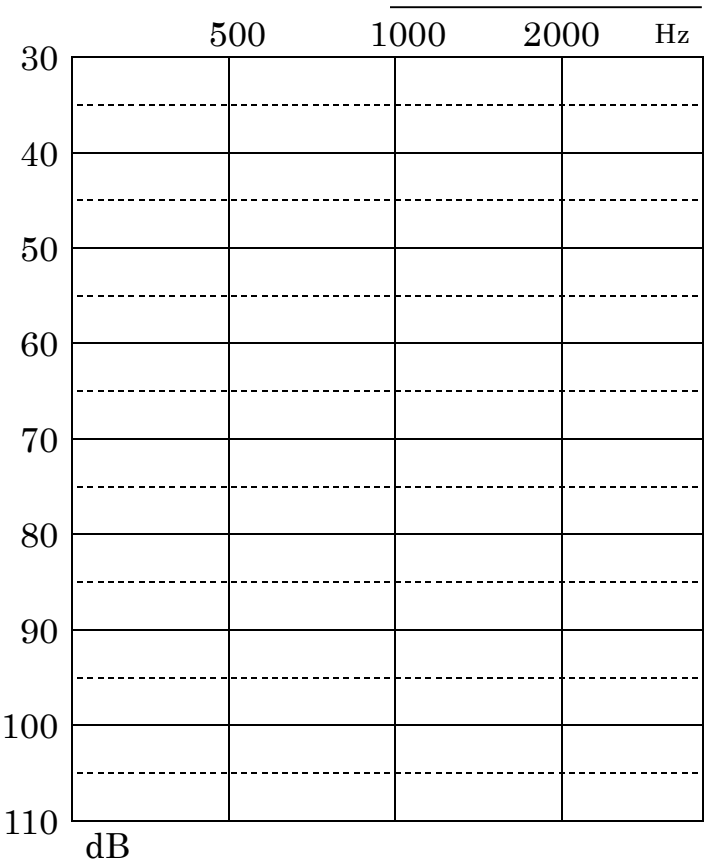
補装具・様式１３：表面

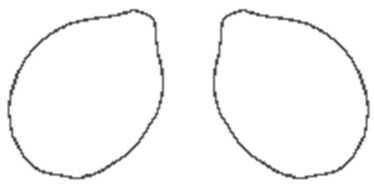
身体障害者補装具費支給意見書(耳鼻咽喉科用)

氏　　名		男・女	年　　月　　日生
住　　所			
障害名（種類）	・伝音性難聴　・感音性難聴　・混合性難聴　・その他（　　）		
原因疾病・外傷名	※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で定める特殊な疾病（難病等）に該当（□する・□しない）		
身体障害者手帳	（番号）　第　　号		
	（聴覚障害）　級		
聴　　力（４分法）	右	dB	
	左	dB	
補聴器装用効果	右	有　・　無	
	左	有　・　無	
補聴器の種類（処方）	┌高度難聴用 └重度難聴用　　┌ポケット型 　　└耳かけ型 装用耳　（右・左） イヤモールド　（要・否） 骨導式（ポケット型・眼鏡型） その他（　　）		

オージオグラム
聴力検査（純音による検査）
オージオメータの型式



（注：気導・骨導聴力を記入する。）

障害・疾患等の状況（現症）	（注：難病患者等については、症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。） 

【次の場合には処方の理由を記入し、６以外は比較装用検査を実施してください。】

１　聴力検査の数値が 90dB 未満の者に重度難聴用を処方する場合。　２　聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。
３　人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。　４　両耳処方の場合。　５　補聴援助システムを処方する場合。
６　裏面の語音聴取検査が 70%未満の者に補聴器を処方する場合。

（注）１　補聴器の支給は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とする。
２　聴覚検査の数値が概ね 90dB 未満の者には高度難聴用補聴器の支給を原則とする。
３　耳あな型（差額自己負担を除く）・特例補装具の場合は、身体障害者更生相談所の来所又は巡回相談で直接判定を行う。
４　意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。

上記のとおり意見する。

年　　月　　日

所　在　地
医療機関名
医 師 氏 名

補装具・様式１３：裏面

補聴器装用による語音明瞭度検査

注：原則として、単音節又は文章了解度が概ね７０％以上のものを交付基準とする。
　　検査は、「口元見ず」を行い、「見ず」で交付基準に達しない場合は「見て」で行う。
　　「１単音節による検査」で交付基準に達した場合、「２文章による了解度検査」は不要。

１　単音節による検査

A表　　検査機種名（　　）　装用耳（ 右 ・ 左 ）　　口元（ 見ず ・ 見て ）

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
		正答／２０ ×１００				明瞭度			%

B表　　検査機種名（　　）　装用耳（ 右 ・ 左 ）　　口元（ 見ず ・ 見て ）

キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ
ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
		正答／２０ ×１００				明瞭度			%

C表　　検査機種名（　　）　装用耳（ 右 ・ 左 ）　　口元（ 見ず ・ 見て ）

ニ	ア	タ	キ	シ	ス	ヨ	ク	ジ	ウ
オ	ネ	バ	ハ	リ	ガ	テ	ト	ワ	モ
		正答／２０ ×１００				明瞭度			%

２　文章による了解度検査　検査機種名（　　）　装用耳（ 右 ・ 左 ）　口元（ 見ず ・ 見て ）

	質問		
１	塩は甘いですか、辛いですか。		
２	水とお湯とではどちらが冷たいですか。		
３	夏の次の季節はなにですか。		
４	ぶどうはお菓子ですか、果物ですか。		
５	５月５日はなんの日ですか。		
６	土曜日の次はなんですか		
７	昼は明るいですか、暗いですか。		
８	東の反対はなんですか。		
９	桜が咲くのは春ですか、秋ですか。		
１０	扇風機は夏使いますか、冬使いますか。		
		%	%

医療機関名・事業者名		検査者氏名	