

補装具費支給意見書（聴覚障害者用）作成上の注意点

この意見書は、補聴器の判定を行う際に必要となりますので、記入漏れのないようにお願いいたします。記入に当たっては以下の点に御留意ください。

1 高度難聴用

JISC5512-2000による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、出力制限装置を付けること。

2 重度難聴用

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ポケット型及び高度難聴用耳かけ型に準ずる。

3 耳あな型

耳介欠損などのためポケット型及び耳かけ型が装用できない場合にのみ、耳あな型の補装具費を支給できます。ポケット型及び耳かけ型が装用できない理由をお書きください。また、オーダーメイドの場合は、併せてレディメイドで対応できない理由を記入してください。

4 骨導式

対象者は「原則として伝音難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者」でありますので、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な状況を具体的に記入してください。

5 両耳装用

原則は片耳交付です。医学的に必要な理由に加え、職業上、教育上のため両耳装用でなければならないと判断される場合は、その理由を具体的に記入してください。

6 必要な付属品等とその理由

ワイヤレスマイクや受信機等が必要である場合、次の①～③に関する事項について記入してください。

- ① 主要な生活の場で補聴システムが必要であること。
- ② 補聴システムを使用する人的、物的環境があること。
- ③ 補聴システムによる効果が認められること。

必要とする補聴システムとその理由を付属品欄に具体的に記入してください。

7 人工内耳用音声信号処理装置の修理

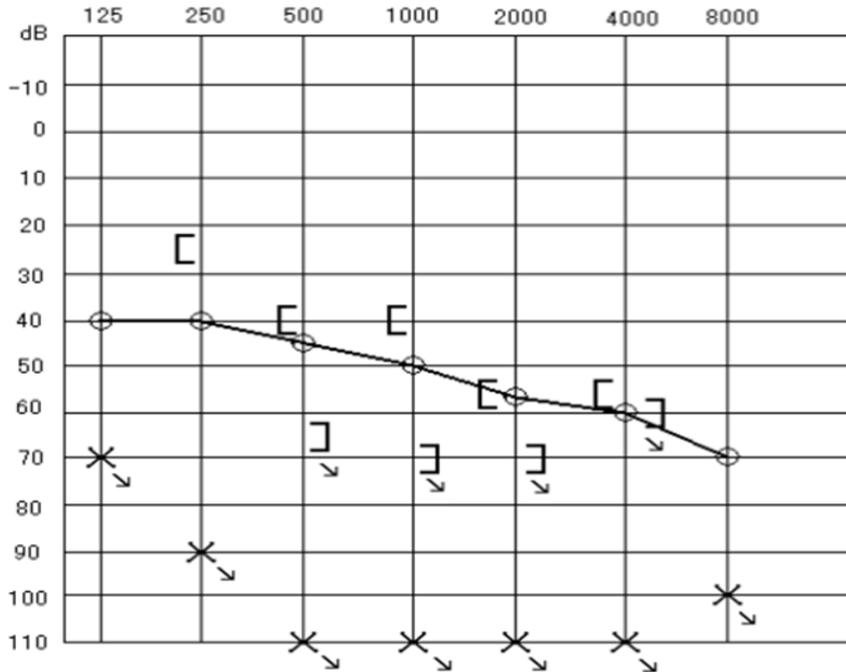
音声信号処理装置の修理のみが対象です。インプラント、ヘッドセット（マイク・送受信コイル・マグネット・ケーブル）、イヤモールド、電池は対象外です。

新機種を希望する等、本人の選好による交換は対象外です。

破損し、修理不能となった場合等の交換は、医療保険給付の対象となるため、対象外です。

補装具費支給意見書（聴覚障害者用）																																																																																																																											
氏名	男・女																																																																																																																										
生年月日	年	月	日																																																																																																																								
住所																																																																																																																											
身体障害者 手帳	等級	種 級																																																																																																																									
	障害程度	(適切な項に☑を記し、必要があれば数値等を記載。) <input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが_____デシベル以上のもの <input type="checkbox"/> 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの <input type="checkbox"/> 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																																																									
難聴の種類	ア. 伝音性 イ. 感音性 ウ. 混合性																																																																																																																										
難聴の経過	時期 : 頃から 原因等 : 人工内耳使用 : 頃から	鼓 膜 所 見																																																																																																																									
聴 力	※左右の7周波数聴力(気導)と平均聴力レベル(4分法での)をお書きください。 平均聴力レベル：右耳 _____ dB 左耳 _____ dB																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">125</td> <td style="text-align: center;">250</td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">4000</td> <td style="text-align: center;">8000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">dB</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					125	250	500	1000	2000	4000	8000	dB								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120							
	125	250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																																				
dB																																																																																																																											
0																																																																																																																											
10																																																																																																																											
20																																																																																																																											
30																																																																																																																											
40																																																																																																																											
50																																																																																																																											
60																																																																																																																											
70																																																																																																																											
80																																																																																																																											
90																																																																																																																											
100																																																																																																																											
110																																																																																																																											
120																																																																																																																											
オーディオメーター () 検者 ()																																																																																																																											

補聴器	【種目】該当する種目と型に○印をつけてください。	
	(1) 高度難聴用 (ポケット型・耳かけ型)	
	(2) 重度難聴用 (ポケット型・耳かけ型) ※装用耳が 80dB 未満で重度難聴用を必要とする場合は理由を記載してください。 《理由》	
	(3) 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) 《理由》	
	(4) 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) 《理由》	
装用耳 装用耳に ○印をつ けて下さ い。	右 ・ 左 ・ その他 ()	
	※原則片耳交付です。両耳装用を要する場合は理由を記載してください。 《理由》	
イヤ モールド	要 ・ 否	理由
	イヤモールドが必要な場合は、その理由を記載してください。	※人工内耳への支給は対象外。
必要な 付属品等 と理由		
人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置の修理 要 ・ 否 《理由》	
使用効果 見込		
上記のとおり意見する。		
<p style="text-align: center;"> 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 </p> <p style="text-align: right;">印</p>		

補装具費支給意見書（聴覚障害者用）		意見書の種類は間違っていないか
氏名	栃木 太郎 男 女	
生年月日	〇〇年12月26日 〇〇歳	
住所	栃木県宇都宮市駒生町3337-1	
身体障害者手帳	等級	2種 6級
	障害程度	(適切な項に☑を記し、必要があれば数値等を記載。) <input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが_____デシベル以上のもの <input type="checkbox"/> 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの <input checked="" type="checkbox"/> 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの <input type="checkbox"/> その他()
難聴の種類	ア. 伝音性 イ 感音性 ウ. 混合性	
難聴の経過	時期：今年1月頃から 原因等：中耳炎の悪化 人工内耳使用： 頃から	鼓膜所見 
聴力	※左右の7周波数聴力(気導)と平均聴力レベル(4分法での)をお書きください。 平均聴力レベル：右耳 50 dB 左耳 115 dB 	
	オーディオメーター (ABCD-E) 検者 (栃木 花子)	

身体障害者手帳は交付されているか？
また、障害名は手帳の障害名が正しく記載されているか？

聴力検査 (オーディオメーター) 等の所見が記載されているか？

補聴器	【種目】該当する種目と型に○印をつけてください。	
	(1) 高度難聴用 (ポケット型・ 耳かけ型)	
	(2) 重度難聴用 (ポケット型・耳かけ型) ※装用耳が 80dB 未満で重度難聴用を必要とする場合は理由を記載してください。 《理由》	
	(3) 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) 《理由》	
	(4) 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) 《理由》	
装用耳 装用耳に ○印をつ けて下さ い。	右 ・ 左 ・ その他 ()	
	※原則片耳交付です。両耳装用を要する場合は理由を記載してください。 《理由》	
イヤ モールド	要 ・ 否	理由
	イヤモールドが必要な場合は、その理由を記載してください。	耳栓ではハウリングを起こしてしまうため。 ※人工内耳への支給は対象外。
必要な 付属品等 と理由	付属品希望の場合は、必要な部品に加え、理由の記載があるか？また、必要な理由が妥当であるか？	
人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置の修理 要 ・ 否 《理由》	
使用効果 見込	効果あり	
上記のとおり意見する。 ○○年 4月 1日		
意見書は概ね6ヶ月以内に作成されたものか？	病院又は診療所名	医療法人□□会 △△病院
	所在地	★★市○○町1234番地5
	診療担当科名	耳鼻咽喉科
	作成医師氏名	栃木 桃太郎 印

耳あな型の場合は、ポケット型及び耳かけ型では使用困難な具体的な理由が記載されているか？(仕事内容・教育上の理由等)

両耳装用の場合は、必要な理由と留意点を確認する。

15条指定医で、かつ、指定を受けた種目の医師の記載かどうか？