補聴器意見書

島根県立心と体の相談センター

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（性別） | （男・女） | 大・昭・平　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 住所 |  |
| 障害名 |  |
| 障害の原因となった疾病名 |  | 受傷(発症)年月日 | 大・昭・平　　　年　　　月　　　日 |
| 現症・障害の部位その状況 |  |
| 補装具の名称及び処方 | ポケット型　：高度難聴用　　重度難聴用　　イヤーモールド耳かけ型　　：高度難聴用　　重度難聴用　　イヤーモールド＊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型補聴ｼｽﾃﾑ　：受信機　　送信機 |
| 補聴器が必要な理由及び利用能力 | ＊耳あな型、骨導式、FM型補聴ｼｽﾃﾑ、両耳装用を処方する場合は、具体的な理由を記載してください |
| 現症：聴力検査データ表（会話音域の平均聴力レベル）４分法による | [聴力]　　　　　　　　　　　オージオメーター型式[　　　　　　　　　]　右　　　　　ｄＢ左　　　　　ｄＢ[障害の種類]伝音難聴感音難聴混合性難聴[鼓膜所見] |
| 補聴器使用の検査結果 | [補聴器使用の効果及びデータ]　　　[データ]　右　　　　　ｄＢ左　　　　　ｄＢ[語音明瞭度検査]・40ｃｍ離れて普通の会話が分かるか・簡易表による明瞭度測定（補聴器を使用して測定　：正解には○をつけること）正解数　　／20×100＝正解率　　　％

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ア | キ | シ | タ | ニ | ヨ | ジ | ウ | ク | ス |
| ネ | ハ | リ | バ | オ | テ | モ | ワ | ト | ガ |

 |
| 上記のとおり補聴器の必要を認める　　　　　　　医療機関名平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※補装具の交付は原則として1種目につき1個。

※耳あな型はﾎﾟｹｯﾄ型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者であること（身体上、職業上使用できない明確な理由が必要）。

※重度難聴用は原則として両耳ともに90dB以上の者が対象。