[様式7（１）]　2024.04　改

補　装　具　費　支　給　意　見　書　（聴　覚）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |  　 　　　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　歳） |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　郡・市　　　　　　　　　　　　　町村 |
| 障害名 | （　　種　　級） |
| 医学的判定 |  （障害状況） オージオグラム

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |  |
| 　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100(dB) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |  |

 周　　　　　波　　　　数（Hz）１　経過（受診歴等）２　現症（聞き取りの程度等）3　補聴器装用の効果（　有　　無　） （鼓膜の状態） 　　　　右　　dB 左　　dB　　（４分法）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平均聴力　　　　　　　　右　　dB 左　　dB　　（６分法）オージオメータ形式（　　　　　　　　） |
| 処方 |  ○　補聴器の装用耳は、　　右耳　　　左耳　　　交互装用 ○　該当項目へ、○印をしてください。 　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　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　）　レディメイド　　　オーダーメイド　 　骨導式：　　　　ポケット型　　　眼鏡型 　補聴援助システム：　　片側　　　両側 　イヤモールド：　 　要　　　不要 |
| 　上記のとおり　　　　　　　　　　　　装用の必要性が認められます。　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　該当する項目にチェックをお願いします。　　□　身体障害者福祉法第１５条指定医師　　　　　　□　国立障害者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ学院において実施して　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（聴覚）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いる補装具関係の適合判定医師研修会修了者 |
| 　　長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄　　補聴器の装用の必要性を認めます。　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　　　　　　　　　　　　　　　 |

補装具費支給意見書記載上の注意（聴覚障害）

長野県立総合リハビリテーションセンター　更生相談室

１　医学的判定欄（「障害の状況」）

1. 申請者について障害の経過、現在の状態、鼓膜の状態、オージオグラムは左右の聴力、骨導、平均聴力を記載してください。（オージオグラムはコピー添付でも可）

②　申請者が語音明瞭度50％以下で手帳をお持ちの場合は、聴力だけでなく、語音明瞭度を明記してください。

２　補聴器処方欄

1. 軽度・中等度補聴器は補装具費の対象外であることにご留意ください。（軽度・中等度難聴児用の補聴器購入費用等の助成については市町村にご確認ください）
2. 補装具の交付は原則として１種目につき１個です。（児童の場合の補聴器は教育上等特に必要が認められる場合２個交付することができる場合があります。）
3. 重度難聴者（２～3級）には重度難聴用補聴器が処方できます。4級の一部の者にも重度難聴用補聴器が処方できる場合があります。
4. イヤモールドはイヤーチップが耳に合わず外れやすい場合に処方できます。必要の有無について必ずお書きください。
5. 耳あな型は耳の形状等により、ポケット型、耳掛け型の使用が困難で、真に（医学的）必要な場合に限り処方できますので、その理由をお書きください。また、オーダーメイドの場合は、レディメイドで対応不可能な理由もお書きください。
6. 骨導式は、原則とし伝音性難聴者で耳漏が著しい者や外耳道閉鎖症等の者で、耳栓等の使用が困難な場合に限り処方できます。
7. 補聴援助システムは教育上必要で、その使用環境にある場合に処方できます。

３　その他

1. 補装具費支給意見書は身障法第15条指定医（聴覚）、又は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、又は国立リハビリテーション学院において実施している補装具適合判定医師の研修会を修了した医師が医学的判定を作成することができます。重度障がい者及び遠隔地に居住する障がい者の利便を図るために行っています。
2. 聴覚障がい者から補聴器の申請があったときは、上記①について更生相談所の判定に基づき市町村の決定により交付されます。