

補装具費支給意見書・処方箋(補聴器)

第6号様式

氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	(歳)																																																																																																													
住所			職業																																																																																																																	
手帳 障害名			手帳番号 等級	県・市 第 号 種 級																																																																																																																
障 害 状 況	障害状況	右鼓膜 ()		左鼓膜 ()																																																																																																																
	障害種類	1 伝音性難聴	2 感音性難聴	3 混合性難聴																																																																																																																
	補聴器テスト	1 有効	2 無効	3 その他 ()																																																																																																																
<p>【純音による検査】 *気導と骨導双方の聴力測定値を必ず御記入ください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">dB</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>気導</td> <td>右</td> <td>○</td> <td>左</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>骨導</td> <td>右</td> <td>□</td> <td>左</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">平均聴力レベル(4分法)</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>右</td> <td>○</td> <td colspan="2"></td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>左</td> <td>×</td> <td colspan="2"></td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">(オーディオメーター記録紙添付可)</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">オーディオメーター機種</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Hz</td> <td></td> </tr> </table>								dB								10				気導	右	○	左	×	20				骨導	右	□	左	□	30				平均聴力レベル(4分法)				40				右	○			dB	50				左	×			dB	60				(オーディオメーター記録紙添付可)				70				オーディオメーター機種				80				_____				90								100								110										500	1000	2000	Hz			
dB																																																																																																																				
10				気導	右	○	左	×																																																																																																												
20				骨導	右	□	左	□																																																																																																												
30				平均聴力レベル(4分法)																																																																																																																
40				右	○			dB																																																																																																												
50				左	×			dB																																																																																																												
60				(オーディオメーター記録紙添付可)																																																																																																																
70				オーディオメーター機種																																																																																																																
80				_____																																																																																																																
90																																																																																																																				
100																																																																																																																				
110																																																																																																																				
		500	1000	2000	Hz																																																																																																															
<p>【語音による検査】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 最良語音明瞭度 右 dB % 左 dB % </td> <td style="width: 50%;"> * 語音明瞭度50%以下で4級を所持している 場合や90dB未満で重度難聴用補聴器を 処方される場合は 語音明瞭度検査のデータ結果を御記入ください。 </td> </tr> </table>								最良語音明瞭度 右 dB % 左 dB %	* 語音明瞭度50%以下で4級を所持している 場合や90dB未満で重度難聴用補聴器を 処方される場合は 語音明瞭度検査のデータ結果を御記入ください。																																																																																																											
最良語音明瞭度 右 dB % 左 dB %	* 語音明瞭度50%以下で4級を所持している 場合や90dB未満で重度難聴用補聴器を 処方される場合は 語音明瞭度検査のデータ結果を御記入ください。																																																																																																																			
処 方 属 品	型式	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)																																																																																																																
	付	3 耳あな型 (レディーメイド・オーダーメイド)		4 骨導式 (ポケット型・眼鏡型)																																																																																																																
方 属 品	属	5 その他 ()																																																																																																																		
	品	<input type="checkbox"/> 装用耳 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> イヤモールド (必要 ・ 不必要)																																																																																																																		
処 方 理 由	1 良聴耳が90dB未満の方に重度難聴用を処方する医学的理由及び具体的効果 2 耳あな型が必要な理由 (必要性・使用効果等) * オーダーメイド処方の場合は、オーダーメイドを必要とする理由も御記入ください。 3 イヤモールドが必要な理由 (身体の障害の状況等) 4 両耳装用が必要な理由 (必要性・使用効果等)																																																																																																																			
上記のとおり処方いたします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 医療機関名 所在地 指定医氏名 </div>																																																																																																																				

(令和6年4月1日から適用)