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。