

氏 名			年 月 日生（ 歳 ）																																																																	
住 所	埼玉県春日部市																																																																			
疾病名																																																																				
1 難聴の状況及び所見 ①難聴の種類（該当欄に○をつけてください） <table><tr><td></td><td>右</td><td>左</td></tr><tr><td>伝音性難聴</td><td></td><td></td></tr><tr><td>感音性難聴</td><td></td><td></td></tr><tr><td>混合性難聴</td><td></td><td></td></tr></table> ②鼓膜所見・その他 ③聴力検査の結果 ☐ 聴力（平均聴力レベル） <table><tr><td>右</td><td>d B</td></tr><tr><td>左</td><td>d B</td></tr></table> ☐ 最良語音明瞭度（ %） ☐ 話言葉による了解度 <table><tr><td></td><td></td><td>右</td><td>左</td></tr><tr><td>大声</td><td>耳介に接して</td><td>了 非</td><td>了 非</td></tr><tr><td>話声</td><td>耳介に接して</td><td>了 非</td><td>了 非</td></tr><tr><td>話声</td><td>40cm 離れて</td><td>了 非</td><td>了 非</td></tr></table> 2 必要と認める補聴器（該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください） <table><tr><td colspan="2">種 類</td><td>右</td><td>左</td><td rowspan="10">使用効果見込み・適応理由 *</td></tr><tr><td rowspan="6">補聴器</td><td>軽度・中等度難聴用 ポケット型</td><td></td><td></td></tr><tr><td>軽度・中等度難聴用 耳掛け型</td><td></td><td></td></tr><tr><td>高度難聴用 ポケット型</td><td></td><td></td></tr><tr><td>高度難聴用 耳掛け型</td><td></td><td></td></tr><tr><td>重度難聴用 ポケット型</td><td></td><td></td></tr><tr><td>重度難聴用 耳掛け型</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">イヤモールド</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">FM型補聴器</td><td></td><td></td></tr></table> （注）①両耳装用を必要とする場合 ②耳あな型・骨導式の補聴器を適応する場合 ③FM型補聴器（デジタル無線方式のものを含む。）を必要とする場合 上記①②③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果等を添付してください。 その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。 上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科 指定医師名						右	左	伝音性難聴			感音性難聴			混合性難聴			右	d B	左	d B			右	左	大声	耳介に接して	了 非	了 非	話声	耳介に接して	了 非	了 非	話声	40cm 離れて	了 非	了 非	種 類		右	左	使用効果見込み・適応理由 *	補聴器	軽度・中等度難聴用 ポケット型			軽度・中等度難聴用 耳掛け型			高度難聴用 ポケット型			高度難聴用 耳掛け型			重度難聴用 ポケット型			重度難聴用 耳掛け型			イヤモールド				FM型補聴器			
	右	左																																																																		
伝音性難聴																																																																				
感音性難聴																																																																				
混合性難聴																																																																				
右	d B																																																																			
左	d B																																																																			
		右	左																																																																	
大声	耳介に接して	了 非	了 非																																																																	
話声	耳介に接して	了 非	了 非																																																																	
話声	40cm 離れて	了 非	了 非																																																																	
種 類		右	左	使用効果見込み・適応理由 *																																																																
補聴器	軽度・中等度難聴用 ポケット型																																																																			
	軽度・中等度難聴用 耳掛け型																																																																			
	高度難聴用 ポケット型																																																																			
	高度難聴用 耳掛け型																																																																			
	重度難聴用 ポケット型																																																																			
	重度難聴用 耳掛け型																																																																			
イヤモールド																																																																				
FM型補聴器																																																																				

※身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の意見書

（聴覚障害で身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度難聴の場合にご記入ください。）