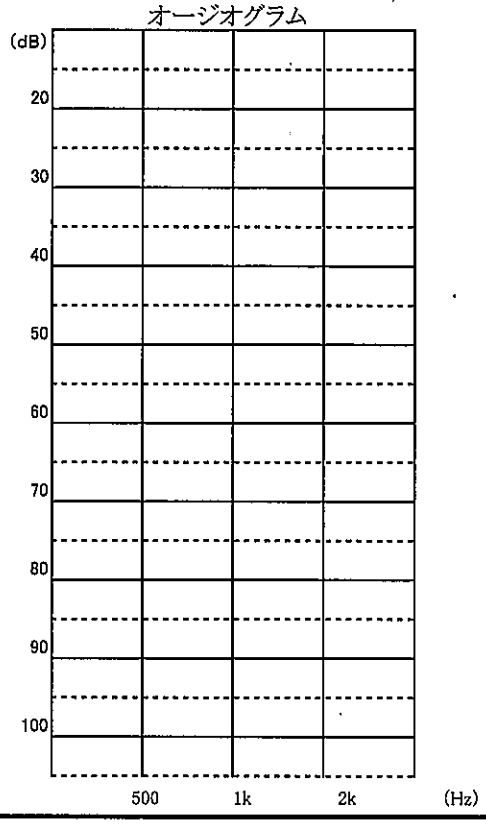
補装具費支給（難病患者等）意見書（補聴器）

住 所	
氏 名	年　月　日生（　歳）
疾患名	
身体症状　変動状況　日内変動	

オージオグラム



（記号）

	右	左
気 導	○—○	×—×
骨 導	[	]

（気導、骨導聴力を必ず記載すること）

○聴力レベル
（会話領域気導平均）

右	dB
左	dB

○語音明瞭度検査

右	%
左	%

【補聴器】

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
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

【装 用】　右耳　：　左耳
両耳の場合必要な理由
（　　）

【イヤモールド】　要　：　不要
必要な理由（　　）

その他の所見　・耳あな型の必要理由、耳あな型オーダーメイドの必要理由、骨導式の必要理由は具体的に記入すること

上記のとおり意見します。
年　月　日

診療機関名
診 療 科
医 師 名

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医で聴覚障害の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。また、これに加えて難病法第6条第1項に基づく指定医が作成すること。
△障害等級4級で、装用耳85dB以上、反対側耳90dB以上の場合、重度難聴用補聴器の支給可能。
◆耳あな型は、ポケット型および耳かけ型の使用が困難で、真に必要なものであること。オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能なものに限ること。
◎骨導式は、伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。