

補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）

氏名・ 生年月日	年 月 日 (歳)		
原傷病名	伝音難聴	感音難聴	混合性難聴
現在の障がい 状況及び原因 となった疾 病・外傷名	鼓膜所見を記載して下さい 		

・検査日 年 月 日 (必ず記入して下さい)

・聴力 (会話音域の平均聴力レベル)

右 dB
左 dB

・語音明瞭度

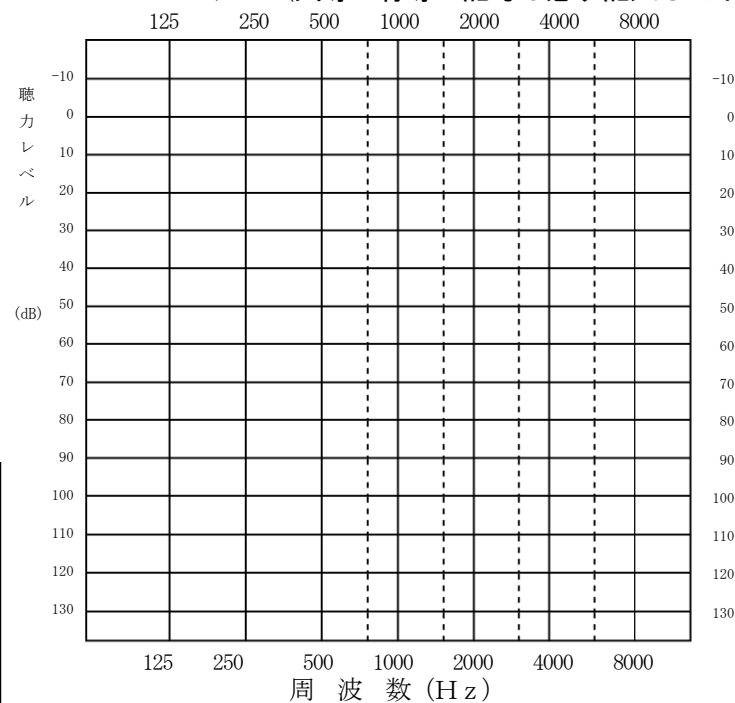
1. 両耳の最高語音明瞭度

右 % (dB)

左 % (dB)

2. 40cm離れた会話状態

オーディオグラム (気導・骨導の記号は必ず記入して下さい)



補聴器の装用効果について	適応形式 高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 イヤモールド要
	適応形式 (特別な理由を要するもの) 両耳装用 (耳かけ型の場合も含む) 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) 骨導式 (ポケット・眼鏡型) その他 () 理由記載欄 (詳細にご記入下さい。職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さい。紙面が足りない場合は、別紙をご使用下さい。)
(提出先) 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名	

補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）の書き方（手引き）

（「補装具判定に関する医学的意見書」を書いていただく先生方へのお願い）

この意見書をもとに、適応する補聴器を当センター医師が判定しますので、詳細に記入して下さい。内容に不明な点があると、再度の提出をお願いしたり、補聴器の判定ができない場合があります。

・原傷病名：いずれかに○をつけて下さい。(左右異なる場合はそれが分かるように記載して下さい)

・現在の障がい状況及び原因となった疾病・外傷名：現在の障がい状況及び原因疾患について詳細に記載して下さい。鼓膜所見についても記載して下さい。

・オーディオグラム：左右の気導・骨導の記号をものないよう記載して下さい。125、250、500、1,000、2,000、4,000、8,000Hzの7周波数についての気道聴力閾値は、右耳(○)は実線で結び、左耳(×)は点線で結んで下さい。(スケール・アウトの場合は線で結ばないで下さい)

	右	左
気導	○-○	×...×
骨導	ㇿ	ㇿ

・聴力：dB値は、周波数500、1,000、2,000Hzにおいて測定した値をそれぞれa, b, cとした場合、 $(a+2b+c)/4$ の算式により算定し、a, b, cのうち100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定して下さい。算定結果は小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位までの数値で記載して下さい。また、検査日についても必ず記載して下さい。

・語音明瞭度：語音明瞭度は必要と判断される場合のみ記入して下さい。(ただし、「語音明瞭度50%以下」により聴力障がい4級の身体障がい者手帳に該当する方の場合、必ず記入して下さい。)左右とも複数のdBで検査を行い、最も正答率の高かったdB値とその割合(%)を記入して下さい。

・補聴器の装用効果について：適応する型式に○をつけて下さい。イヤモールドの必要がある場合は「イヤモールド要」にも○をつけて下さい。原則として、聴力障がい6級、4級の方は「高度難聴用補聴器」、3級、2級の方は「重度難聴用補聴器」の適応となります。

※耳あな型補聴器

耳あな型補聴器は、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要であると認められた場合に交付されます。耳あな型が必要であるのご意見の場合、その理由を「理由記載欄」に詳しく記載して下さい(職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さい)。ただし、判定の結果、耳あな型補聴器の支給が認められない場合もあります。

※両耳装用 (2個支給)

補装具費の支給対象となる補聴器の個数は原則として1個ですが、職業上又は教育上の理由等で、特に必要である場合に限り、2個(両耳分)の支給が認められます。

両耳装用が必要であるのご意見の場合、その理由を「理由記載欄」に詳しく記載して下さい(職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さい)。ただし、判定の結果、両耳支給が認められない場合もあります。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課 (TEL 06-6797-6561) までお願いします

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

補 装 具 理 由 書 (聴覚障がい)

氏 名			
生年月日	年	月	日 (歳)
<耳の状況> 1 いつ頃からきこえにくいですか (歳頃) 2 耳の病気をしたことがありますか (①ある ②ない) (ある場合) 病名 () 治療をしましたか (①した ②しない) 手術をしましたか (①した ②しない) 3 現在、通院している病院 (①ある ②ない) 4 耳鳴り ①ある (右 左 両方) ②ない 5 耳だれ ①ある (右 左 両方) ②ない 6 めまい ①ある ②ない 7 音はわかっても言葉として理解できますか (①できる ②できない)			
<補聴器について> 8 今までに使用したことがありますか ①現在使用中 (箱形=ポケット型 耳掛形=耳かけ型 挿耳形=耳あな型 骨導式) ②使用していたが使用をやめた(理由:) ③使用したことがない 9 どちらの耳に使いますか (右 左 両方) ↓ ※補装具費支給制度では、原則として1個(片耳分)の支給となることについて説明→ <input type="checkbox"/> 済 10 どんなときに補聴器が必要ですか ① 人と話をするとき ②会合のとき ③電話をきくとき ④テレビ、ラジオをきくとき ⑤ 自動車運転のとき ⑥その他			
<対面時の様子> ・ 補聴器の装用 ①あり (右 左) ②なし ・ ゆっくり、はっきりと話せば、(ふつうの 簡単な) 会話であれば、 (充分 ある程度 なんとか) 理解できる ・ その他 <div style="text-align: right;">【 本人の来所あり ・ 代理人のみ 】</div> ※補聴器判定のために必要な場合、「身体障がい者診断書・意見書」の写しを判定機関(リハセン)に提供することについて説明 → <input type="checkbox"/> 済			
記入日	年	月	日 担当者名
			区保健福祉センター