様式第２－７　　令和６年４月様式更新

補 装 具 費 支 給 意 見 書（補聴器）

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名	

原傷病名及び機能障害名

障害原因と機能障害名を記載すること。　（発症年月日　　）

※難病患者等で当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要と認められる場合に該当(□する・□しない)

※難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な理由についても記載すること。

※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)

経　過

※経過は必ず記載すること。手術を施行しない場合は、その理由も記載すること。

障害現症

1　聴力レベル

検査日　　年　　月　　日

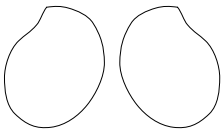
オージーオメーターの型式：（　　）（ｵｰｼﾞｵｸﾞﾗﾑ別紙添付可）

	気導聴力(Hz)				骨導聴力(Hz)		
	500	1000	2000	平均	500	1000	2000
右				dB			
左				dB			

＜留意点＞
①平均値は「4分法」で計算すること。
②気導聴力は、閾値が105dB以上の場合、当該部分のdBを105dBと記載すること。
③骨導聴力は、測定不能(ｽｹｰﾙｱｳﾄ)の場合、数値の横に矢印↓を記載すること。

※手帳認定時より障害程度に変化が生じた場合は、再認定が必要となります。

2　鼓膜所見



3　語音明瞭度

※語音明瞭度による手帳所持者は、語音検査の結果を記載すること。

検査日　　年　　月　　日

検査語表

（　　）

右	%（　　dB）
左	%（　　dB）

処　方

1　補聴器

（1）高度難聴用（聴力レベルが90dB未満）

（2）重度難聴用（聴力レベルが90dB以上）

※聴力レベルが90dB未満で、重度難聴用を処方する場合は、以下に具体的な理由を記載すること。

（　　）

2　付属品

名　称	必要とする医学的理由
イヤモールド（ 要・不要 ）	（1）既製の耳栓ではハウリングが生じてしまう。 （2）その他（イヤモールドを必要とする具体的な理由を記載すること） （　　）

3　その他の補聴器の補装具費支給には一定の条件があるため、必要とする医学的理由を具体的に記載すること。

名　称	その他の補聴器を必要とする医学的理由

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名

診　療　科

医　師　名