様式第２－７

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　　）

※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

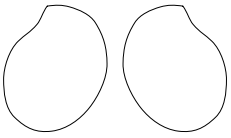
オージーオメーターの型式：（　　）(ｵｰｼﾞｵｸﾞﾗﾑ別紙添付可)

	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(耳あな型、骨導式など)の補聴器の補装具費支給には一定の条件があるため、下記の補装具を必要とする場合は、医学的理由を具体的に記載すること。

名　称	必要とする医学的理由

記載年月日　令和　　年　　月　　日

医療機関名

診　療　科

医　師　名　　印