

補聴器意見書

島根県立心と体の相談センター

氏名（性別）	（男・女）	大・昭・平	年	月	日生（	歳）				
住所										
障害名										
障害の原因となった疾病名		受傷(発症)	大・昭・平							
		年月日	年	月	日					
現症・障害の部位 その状況										
補装具の名称 及び処方	ポケット型：高度難聴用 重度難聴用 イヤーモールド 耳かけ型：高度難聴用 重度難聴用 イヤーモールド *耳あな型：レディメイド オーダーメイド *骨導式：ポケット型 眼鏡型 *FM型補聴システム：受信機 送信機									
補聴器が必要な理由及び利用能力	*耳あな型、骨導式、FM型補聴システム、両耳装用を処方する場合は、具体的な理由を記載してください									
現症：聴力検査 データ表 (会話音域の平均 聴力レベル) 4分法による	[聴力]		オーディオメーター型式[
	オーディオメーター型式[
	右	d B								
	左	d B								
	[障害の種類]									
	伝音難聴									
	感音難聴									
	混合性難聴									
	[鼓膜所見]									
			500 1000 2000 Hz							
			0							
			10							
			20							
			30							
			40							
			50							
			60							
			70							
			80							
			90							
			100							
			dB							
補聴器使用の 検査結果	[補聴器使用の効果及びデータ]		[データ]							
	右	d B								
	左	d B								
	[語音明瞭度検査]									
	・40cm離れて普通の会話が分かるか									
	・簡易表による明瞭度測定									
	(補聴器を使用して測定									
	: 正解には○をつけること)									
	正解数 / 20 × 100 = 正解率 %									
	ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
	ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
			500 1000 2000 Hz							
			0							
			10							
			20							
			30							
			40							
			50							
			60							
			70							
			80							
			90							
			100							
			dB							
上記のとおり補聴器の必要を認める	令和 年 月 日		医療機関名							
			医師氏名							
			(印)							

※補装具の交付は原則として1種目につき1個。

※耳あな型はポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者であること（身体上、職業上使用できない明確な理由が必要）。

※重度難聴用は原則として両耳ともに90dB以上の者が対象。