

# 補聴器意見書・処方箋 (者)

業者名

氏名			年	月	日生 ( 才 )																																																																													
住所	福岡市	区	電話 ( )	-																																																																														
			FAX ( )	-																																																																														
医 学 的 判 断	障がい名	1 感音性難聴 (右・左) 2 伝音性難聴 (右・左) 3 混合性難聴 (右・左) 4 その他 ( )			等級																																																																													
	障がい原因																																																																																	
	疾病・外傷発生日	年	月	日																																																																														
	経過及び現症	オーディオメータの型式 ( ) 平均聴力レベル (四分法) 右            dB 、 左            dB ≪オーディオグラム≫ 周波数(Hz) 250    500    1000    2000    4000 Hz 聴力レベル (dB) <table border="1"> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>dB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						110						dB				
0																																																																																		
10																																																																																		
20																																																																																		
30																																																																																		
40																																																																																		
50																																																																																		
60																																																																																		
70																																																																																		
80																																																																																		
90																																																																																		
100																																																																																		
110																																																																																		
dB																																																																																		
補 装 具	現在使用中の補聴器																																																																																	
	処 方	1 高度難聴用ポケット型 2 高度難聴用耳かけ型 3 重度難聴用ポケット型 4 重度難聴用耳かけ型																																																																																
	※両耳装用、耳あな型及び骨導式補聴器については、障がい者更生相談所での来所判定としています。																																																																																	
	装用側	1 右	2 左																																																																															
特に必要とするもの	イヤーマールド 有・無																																																																																	
※ 補聴器装用についての留意事項 聴力レベルが90dB未満で重度難聴用補聴器を必要としたり、耳かけ型(職業上、教育上、医学上、生活上等で必要な者が対象)を必要とする場合は、その理由を記載。 特例補装具を支給する場合は、別途「特例補装具(交付・修理)に係る意見書」に必要とする理由を記載。																																																																																		
年 月 日																																																																																		
医療機関名																																																																																		
所在地																																																																																		
診療科目																																																																																		
医師氏名																																																																																		