

補聴器意見書・処方箋（者）

事業者名： _____

氏名			年 月 日生（ 歳）		
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 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) 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			
<p>※ 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。</p>					
年 月 日					
医療機関名					
所在地					
診療科名					
医師氏名					