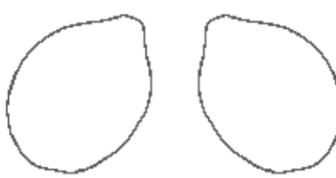


身体障害者補装具費支給意見書(耳鼻咽喉科用)																																																					
氏名		男・女	年 月 日生																																																		
住所																																																					
障害名(種類)	・伝音性難聴 ・感音性難聴 ・混合性難聴 ・その他()																																																				
原因疾病・外傷名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊な疾病(難病等)に該当(□する・□しない)																																																				
身体障害者手帳	(番号) 第 号	オージオグラム 聴力検査(純音による検査) オージオメータの型式 _____ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			500	1000	2000	Hz	30					40					50					60					70					80					90					100					110				
				500	1000	2000	Hz																																														
30																																																					
40																																																					
50																																																					
60																																																					
70																																																					
80																																																					
90																																																					
100																																																					
110																																																					
(聴覚障害) 級																																																					
聴力 (4分法)	右	dB																																																			
	左	dB																																																			
補聴器装用効果	右	有 ・ 無																																																			
	左	有 ・ 無																																																			
補聴器の種類 (処方)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">┌ 高度難聴用</td> <td style="border: none;">┌ ポケット型</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">└ 重度難聴用</td> <td style="border: none;">└ 耳かけ型</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">装用耳</td> <td style="border: none;">(右・左)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">イヤモールド</td> <td style="border: none;">(要・否)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">骨導式(ポケット型・眼鏡型)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">その他()</td> <td></td> </tr> </table>			┌ 高度難聴用	┌ ポケット型	└ 重度難聴用	└ 耳かけ型	装用耳	(右・左)	イヤモールド	(要・否)	骨導式(ポケット型・眼鏡型)		その他()																																							
┌ 高度難聴用	┌ ポケット型																																																				
└ 重度難聴用	└ 耳かけ型																																																				
装用耳	(右・左)																																																				
イヤモールド	(要・否)																																																				
骨導式(ポケット型・眼鏡型)																																																					
その他()																																																					
障害・疾患等の状況 (現症)	(注：難病患者等については、症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>																																																				
【処方の理由及び比較装用検査が必要な者】(次の場合にはその理由(うち、4、5は障害の状況等を勘案し、職業又は教育上の特に必要なとする理由)を記入し、裏面にて両条件での比較装用検査を行うこと) <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>1 聴力検査の数値が90dB未満の者に重度難聴用を処方する場合。</td> <td>2 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。</td> </tr> <tr> <td>3 人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。</td> <td>4 両耳処方の場合。</td> </tr> <tr> <td>5 補聴システムを処方する場合。</td> <td></td> </tr> </table>				1 聴力検査の数値が90dB未満の者に重度難聴用を処方する場合。	2 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。	3 人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。	4 両耳処方の場合。	5 補聴システムを処方する場合。																																													
1 聴力検査の数値が90dB未満の者に重度難聴用を処方する場合。	2 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。																																																				
3 人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。	4 両耳処方の場合。																																																				
5 補聴システムを処方する場合。																																																					
(注) 1 補聴器の支給は、装用効果の高い側の耳に1個を原則とする。 2 聴覚検査の数値が概ね90dB未満の者には高度難聴用補聴器の支給を原則とする。 3 耳あな型・特例補装具の場合は、身体障害者更生相談所の来所又は巡回相談で直接判定を行う。 4 意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。																																																					
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 </div>																																																					

補聴器装用による語音明瞭度検査

〔表面の「処方理由及び比較検査が必要な者」については、両条件（高度・重度、右・左、片耳・両耳、人工内耳のみ・人工内耳に補聴器併用、補聴器のみ・雑音下での補聴システム併用）での比較装用検査を行うこと。検査は「口元見ず」を基本とし、「見ず」で難しい場合は「見て」で行う。なお、検査はCDのほか、肉声で実施してもよい。〕

1 語音弁別力検査

A表 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
					$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$		明瞭度	%	

B表 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ
ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
					$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$		明瞭度	%	

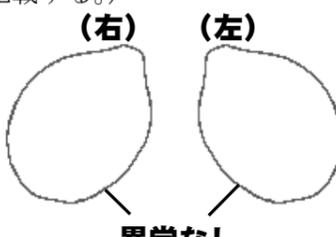
C表 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

ニ	ア	タ	キ	シ	ス	ヨ	ク	ジ	ウ
オ	ネ	バ	ハ	リ	ガ	テ	ト	ワ	モ
					$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$		明瞭度	%	

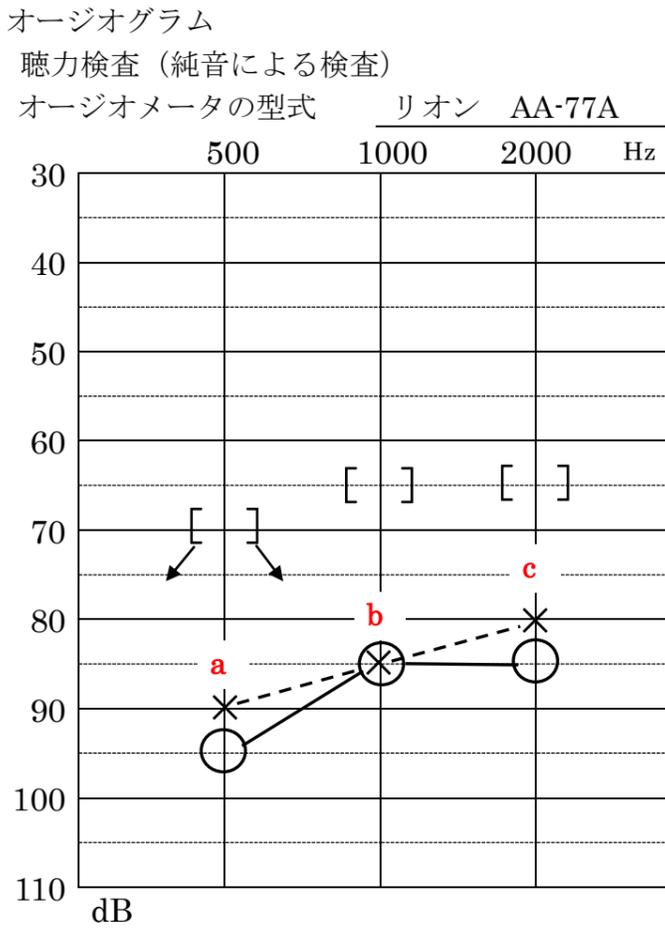
2 語音了解度検査 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

	質問		
1	塩は甘いですか、辛いですか。		
2	水とお湯とではどちらが冷たいですか。		
3	夏の次の季節はなにですか。		
4	ぶどうはお菓子ですか、果物ですか。		
5	5月5日はなんの日ですか。		
6	土曜日の次はなんですか		
7	昼は明るいですか、暗いですか。		
8	東の反対はなんですか。		
9	桜が咲くのは春ですか、秋ですか。		
10	扇風機は夏使いますか、冬使いますか。		
		%	%

医療機関名・事業者名		検査者氏名	
------------	--	-------	--

身体障害者補装具費支給意見書(耳鼻咽喉科用)			記入例
氏名	岡山 太郎	男・女	昭和〇〇年 〇月 〇日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
障害名(種類)	・伝音性難聴 感音性難聴 ・混合性難聴 ・その他()		
原因疾病・外傷名	感音難聴により両耳の聴力レベルが 80 デシベル以上のもの <small>※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊な疾病(難病等)に該当(□する・□しない)</small>		
身体障害者手帳	(番号)	第 〇〇〇〇 号	
	(聴覚障害)	4 級	
聴力 (4分法)	右	左右差 5dB 以内の場合は、補聴効果が高い側、聞こえやすい側、使いやすい側を装用耳とする	87.5 dB
	左		85.0 dB
	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類 (処方)	高度難聴用	ポケット型	
	重度難聴用	耳かけ型	
	装用耳	(右)・(左)	
	イヤモールド	(要)・(否)	
	骨導式(ポケット型・眼鏡型)		
その他()			
障害・疾患等の状況 (現症)	(注：難病患者等については、症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)		
			
<p>【処方の理由及び比較装用検査が必要な者】(次の場合にはその理由(うち、4、5は障害の状況等を勘案し、職業又は教育上の特に必要なとする理由)を記入し、裏面にて両条件での比較装用検査を行うこと)</p> <p>1 聴力検査の数値が90dB未滿の者に重度難聴用を処方する場合。 2 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。 3 人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。 4 両耳処方の場合。 5 補聴システムを処方する場合。</p> <p>比較装用検査の結果、高度難聴用補聴器では十分な装用効果が得られなかったため、重度難聴用補聴器を処方する。</p> <p>(例 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合 … 聴力検査の数値は右耳が大きい、自覚的な聞こえやすさは右耳の方がよく、語音明瞭度も高いため。 等)</p> <p>(注) 1 補聴器の支給は、装用効果の高い側の耳に1個を原則とする。 2 聴覚検査の数値が概ね90dB未滿の者には高度難聴用補聴器の支給を原則とする。 3 耳あな型・特例補装具の場合は、身体障害者更生相談所の来所又は巡回相談で直接判定を行う。 4 意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。</p> <p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">原則、作成日から申請日までは3か月以内であること</div> <div>所在地 医療機関名 医師氏名</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">15条指定医等、意見書を作成できる医師であること</div> </div>			

計算式: (a+2b+c) ÷ 4
100dBが聴取できない場合は、当該dBを105dBとして計算する
端数は一の位まで、あるいは小数点第一位までで四捨五入してもよい



【凡例】
気導聴力
○—○ 右
×---× 左
骨導聴力
[右
] 左
スケールアウト
(最大音量で反応なし)
○ ×
↓ ↓
(他の周波数の○×と線で結ばない)
[]
↓ ↓

補聴器装用による語音明瞭度検査

表面の「処方理由及び比較検査が必要な者」については、両条件（高度・重度、右・左、片耳・両耳、人工内耳のみ・人工内耳に補聴器併用、補聴器のみ・雑音下での補聴システム併用）での比較装用検査を行うこと。検査は「口元見ず」を基本とし、「見ず」で難しい場合は「見て」で行う。なお、検査はCDのほか、肉声で実施してもよい。

1 語音弁別力検査

↓高度難聴用の機種で検査

A表 検査機種名（ リオン HB-A6H ） 装用耳（ 右・**左** ） 口元（ **見ず**・見て ）

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
○	×	×	○	×	○	×	○	×	○
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
×	○	×	○	×	○	○	○	×	×
$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$					明瞭度		50%		

左右の聴力差がないので、左右の比較を行う → 右の方が語音明瞭度が高い

B表 検査機種名（ リオン HB-A6H ） 装用耳（ **右**・左 ） 口元（ **見ず**・見て ）

キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ
×	○	○	○	×	○	×	○	×	○
ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
○	×	○	○	×	×	×	○	○	○
$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$					明瞭度		60%		

↓重度難聴用の機種で検査

高度難聴で十分な補聴効果が得られないので、重度難聴用補聴器でも検査を行い比較する

C表 検査機種名（ リオン HB-G7H ） 装用耳（ **右**・左 ） 口元（ **見ず**・見て ）

ニ	ア	タ	キ	シ	ス	ヨ	ク	ジ	ウ
×	○	○	○	×	○	○	○	×	○
オ	ネ	バ	ハ	リ	ガ	テ	ト	ワ	モ
○	○	○	×	○	○	○	○	○	○
$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$					明瞭度		80%		

2 語音了解度検査

検査機種名（ リオン HB-G7H ） 装用耳（ **右**・左 ） 口元（ **見ず**・見て ）

	質問	HB-A6H	HB-G7H
1	塩は甘いですか、辛いですか。	○	○
2	水とお湯とではどちらが冷たいですか。	×	○
3	夏の次の季節はなにですか。	○	○
4	ぶどうはお菓子ですか、果物ですか。	○	○
5	5月5日はなんの日ですか。	○	○
6	土曜日の次はなんですか	○	○
7	昼は明るいですか、暗いですか。	×	○
8	東の反対はなんですか。	×	○
9	桜が咲くのは春ですか、秋ですか。	○	○
10	扇風機は夏使いますか、冬使いますか。	×	○
		60%	100%

医療機関名・事業者名		検査者氏名	
------------	--	-------	--

補聴器装用による語音明瞭度検査の流れ

