

補聴器処方意見書

氏名			生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日 (歳)																																																																																																
住所				職業																																																																																																			
手帳 障害名				手帳番号 等級	県・市 種	第 級	号																																																																																																
障害 状 況	障害状況	右鼓膜 ()		左鼓膜 ()																																																																																																			
	障害種類	1 伝音性難聴	2 感音性難聴	3 混合性難聴																																																																																																			
	補聴器テスト	1 有効	2 無効	3 その他 ()																																																																																																			
<p>【純音による検査】 *気導と骨導双方の聴力測定値を必ず御記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>dB</td> <td></td> <td></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>気導 右 ○</td> <td>左 ×</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>骨導 右 □</td> <td>左 □</td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">平均聴力レベル(4分法)</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>右 ○</td> <td></td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>左 ×</td> <td></td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">(オーディオメーター記録紙添付可)</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">オーディオメーター機種</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>500 1000 2000 Hz</p>								dB								10					気導 右 ○	左 ×		20					骨導 右 □	左 □		30					平均聴力レベル(4分法)			40					右 ○		dB	50					左 ×		dB	60					(オーディオメーター記録紙添付可)			70					オーディオメーター機種			80					_____			90								100								110							
dB																																																																																																							
10					気導 右 ○	左 ×																																																																																																	
20					骨導 右 □	左 □																																																																																																	
30					平均聴力レベル(4分法)																																																																																																		
40					右 ○		dB																																																																																																
50					左 ×		dB																																																																																																
60					(オーディオメーター記録紙添付可)																																																																																																		
70					オーディオメーター機種																																																																																																		
80					_____																																																																																																		
90																																																																																																							
100																																																																																																							
110																																																																																																							
<p>【語音による検査】</p> <p>最良語音明瞭度</p> <p>右 dB %</p> <p>左 dB %</p> <p>* 語音明瞭度50%以下で4級を所持している 場合や90dB未満で重度難聴用補聴器を 処方される場合は 語音明瞭度検査のデータ結果を御記入ください。</p>																																																																																																							
処 方 属 品	型式	1 高度難聴用 (ポケット型・耳かけ型)		2 重度難聴用 (ポケット型・耳かけ型)																																																																																																			
	付	3 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド)		4 骨導式 (ポケット型・眼鏡型)																																																																																																			
方 属 品	付	5 その他 ()																																																																																																					
	属	○ 装用耳 (右・左)																																																																																																					
方 属 品	品	○ イヤモールド (必要・不必要)																																																																																																					
	品																																																																																																						
処 方 理 由	1	良聴耳が90dB未満の方に重度難聴用を処方する理由																																																																																																					
	2	耳あな型が必要な理由 (必要性・使用効果等)			* オーダーメイド処方の場合は、オーダーメイドを 必要とする理由も御記入ください。																																																																																																		
	3	イヤモールドが必要な理由 (身体の障害の状況等)																																																																																																					
	4	両耳装用が必要な理由 (必要性・使用効果等)																																																																																																					
<p>上記のとおり処方いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 指定医氏名</p>																																																																																																							