

氏名		M T S H R	年	月	日生（	歳）																																																																																																																																
原傷病名		「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」で定める特殊の疾病（難病等一別紙参照）に □該当しない □該当する																																																																																																																																				
障 害 の 状 況	①障がい名 （ ） □伝音性 □感音性 □混合性		④オーディオグラム																																																																																																																																			
	②病歴・現症 障がい状況 ※上記、難病に該当する人について、症状等の日内変動についてもご記入ください		周波数 Hz <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>125</th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1,000</th> <th>2,000</th> <th>4,000</th> <th>8,000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-20</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></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</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></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></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><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 聴力レベル dB					125	250	500	1,000	2,000	4,000	8,000	-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120							
		125					250	500	1,000	2,000	4,000	8,000																																																																																																																										
	-20																																																																																																																																					
	-10																																																																																																																																					
	0																																																																																																																																					
10																																																																																																																																						
20																																																																																																																																						
30																																																																																																																																						
40																																																																																																																																						
50																																																																																																																																						
60																																																																																																																																						
70																																																																																																																																						
80																																																																																																																																						
90																																																																																																																																						
100																																																																																																																																						
110																																																																																																																																						
120																																																																																																																																						
特殊の疾病で進行性の疾患に □該当する □該当しない 支給の手続き □迅速 □一般 迅速な手続きが必要な場合は、具体的な理由を記載下さい																																																																																																																																						
※人工内耳の手術歴と予定について ・右耳： 年 月 日（手術日・手術予定） ・左耳： 年 月 日（手術日・手術予定）																																																																																																																																						
③鼓膜所見																																																																																																																																						
右 左 																																																																																																																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平均聴力レベル</td> <td>dB</td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>語音明瞭度</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table>					右	左	平均聴力レベル	dB	dB	語音明瞭度	%	%																																																																																																																								
	右	左																																																																																																																																				
平均聴力レベル	dB	dB																																																																																																																																				
語音明瞭度	%	%																																																																																																																																				
補聴器	※原則は、1個支給です。就学上・就業上で両耳装用が必要な人については、必要な理由の記載をお願いします。 ☐ 高度難聴用ポケット型 （ 右耳 左耳 ） ☐ 高度難聴用耳かけ型 （ 右耳 左耳 ） ☐ 重度難聴用ポケット型 （ 右耳 左耳 ） ☐ 重度難聴用耳かけ型 （ 右耳 左耳 ） ☐ 人工内耳用音声信号処理装置の修理 ■イヤーマールドの必要性 （ 右耳 左耳 理由： ） ■補聴効果について ☐ コミュニケーション能力の向上 ☐ 安全性の向上 ☐ 言語・聴能の発達促進 ☐ その他 （ ） ■両耳装用が必要な理由 （ 理由： ） ■聴力レベルが90dB未満で、重度難聴用を処方する場合の理由 （ ） <u>⇒ 耳あな型・骨導式・重度難聴用耳かけ用受信機等が必要な方は裏面に記載してください。</u>																																																																																																																																					

耳あな型・骨導式・重度難聴用耳かけ型受信機等の対象者について

◆耳あな型の対象者

身体上（耳介の欠損など）、職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で、真に必要な方

特にオーダーメイドの場合は、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な方

◆骨導式の対象者

伝音性か混合性難聴者であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方

◆重度難聴用耳かけ型受信機・オーディオチュー・ワイヤレスマイクの対象者

教育上等の理由で、使用目的・効果があり、環境上必要な方

①耳あな型・骨導式・重度難聴用耳かけ型受信機等の処方及び補聴効果について

☐ 耳あな型レディメイド (右耳 左耳) ☐ 耳あな型オーダーメイド (右耳 左耳)

◆耳あな型が必要な理由

◆オーダーメイドが必要な理由

☐骨導式ポケット型 (右耳 左耳) ☐骨導式眼鏡型 (右耳 左耳)

◆骨導式が必要な理由

☐ 重度難聴用耳かけ型受信機等 (右耳 左耳)

◆重度難聴用耳かけ型受信機等が必要な理由

■補聴効果について ☐コミュニケーション能力の向上 ☐安全性の向上 ☐言語・聴能の発達促進
☐その他（ ）

②耳あな型・骨導式・重度難聴用耳かけ型受信機等の両耳装用について

◆原則として1個支給となります。就学上・就業上、両耳装用が必要な方は、下記に必要なとする理由を記載してください。