様式１－８　札幌市

補装具費支給意見書（補聴器・人工内耳修理）

氏　　名		生年月日	年　　月　　日生（　　歳）
原傷病名 障害名			
経　　過	※経過は必ず記入して下さい。なお、手術を施行しない理由も記入して下さい。		

障害現症

1　聴力レベル

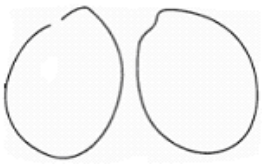
検査日：　　年　　月　　日　　オージオメーターの型式：

	気導聴力（Hz）				骨導聴力（Hz）		
	500	1000	2000	平均	500	1000	2000
右				dB			
左				dB			

＜留意点＞
①平均値は「４分法」で計算してください。
②気導聴力は、閾値が105ｄＢ以上の場合は、当該部分のｄＢを105ｄＢと記載してください。
③骨導聴力は、測定不能（スケールアウト）の場合は、数値の横に矢印↓を記載してください。

※手帳認定時より聴力が改善し等級との乖離が認められる場合は、再認定を実施する必要があります。

2　鼓膜所見



3　語音明瞭度

※語音明瞭度による手帳所持者は、語音検査の結果を記入して下さい。

検査日：　　年　　月　　日　検査語表

右	％　（　　dB）
左	％　（　　dB）

処　　方

◆　補聴器

1　高度難聴用（聴力レベルが90 dB未満の方）

2　重度難聴用（聴力レベルが90 dB以上の方）

※聴力レベルが90dB未満で、重度難聴用を処方する場合は、以下に具体的な理由を記入してください。

（　　）

◆　付属品

名　称	必要とする医学的理由
イヤモールド	1.既製の耳栓ではハウリングが生じてしまう。 2.その他 （※イヤモールドを必要とする具体的な理由を記入して下さい（既製の耳栓で試聴した結果等）　　）

◆　耳あな型補聴器、骨導式補聴器等の補装具費支給には一定の条件があります。
それらの補装具を必要とする場合は医学的理由を具体的に記入してください。
人工内耳音声信号処理装置の修理の場合は、人工内耳音声信号処理装置確認票の作成をお願いします。

名　称	必要とする医学的理由

上記のとおり診断します。

年　　月　　日　　医療機関名

医　師　名