

(令和6年4月改訂)

種目名称別コード

補聴器判定依頼調査書

ふりがな 氏 名		男・女	M・T・S・H	年	月	日生	(歳)
身体障害者手帳の有無 (☐ 有 ・ ☐ 無)							
障害名	等級： (級)						
難病等	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第1条に定める特殊の疾病(別表)に ☐ 該当する ・ ☐ 該当しない						
原因疾病・障害名							
1 何歳頃から聞こえにくいか： (歳頃) 2 どちらの耳が悪いのか： (右 ・ 左 ・ 両方) 3 過去に耳の病気をしたことがあるか： (ある : ない) ※病名： () 4 現在病院にかかっているか： (いる : いない) ※いる場合 耳鼻科 (通院中・入院中) 病院名 () 耳鼻科以外(通院中・入院中) 病院名 () 病 名 () 5 補聴器を使っているか： (いる(歳頃～)・いない・以前使っていた) 6 補聴器はどちらの耳に使っているか： (右 ・ 左 ・ 両方) 7 使っている補聴器について ・購入方法： (自立支援法(旧身障法・児童福祉法)・自費購入・その他) ・業者名・メーカー： () ※自立支援法(旧身障法・児童福祉法)による購入の場合 ・高度難聴用 (ポケット型 ・ 耳かけ型) ・重度難聴用 (ポケット型 ・ 耳かけ型) ・耳あな型 ・その他 () 8 どんな場合に補聴器が必要か： ・日常生活 ・家事を行う時 ・職 業(勤務先・仕事内容等) () ・学 校(学校名) () ・自動車運転 ・その他(具体的に) () 9 希望する補聴器 ・高度難聴用 (ポケット型 ・ 耳かけ型) ・重度難聴用 (ポケット型 ・ 耳かけ型 ・ FM型) ・耳あな型 (レディメイド ・ オーダーメイド) ・骨導式 (ポケット型 ・ 眼鏡型) ※装用耳 (右 ・ 左 ・ 両方) 希望業者名： () 10 補聴器に係る市町村の意見 ※耳かけ型を希望する場合はその必要性、FM型・耳あな型・骨導式・ 両耳装用が必要な場合はその必要性を具体的に記入すること。							
調査日	年	月	日	市町村調査者氏名			印