書類判定依頼事前チェックリスト【補聴器】

|  |
| --- |
| 提出する必要書類 |
| □　判定依頼書（補１） 　　　 □　面接記録票（補 ２-３）　　□　身体障害者手帳の写し　　　　　　　□　身体障害者手帳の診断書の写し　□　補装具費支給意見書（補 ３-２） 　 □　調整内容記録票（補 ６-１） |
| 補装具費支給意見書（１／２） | 医療機関名の記載はあるか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 平均聴力レベルの記載はあるか（添付でも可）。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 補装具費支給意見書（２／２） | 補聴器の処方：名称 | 原則、耳かけ型かポケット型のいずれか１つに選択されているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| ⇒（ＮＯの場合）他機種から選択されている場合は【選択の理由】の記載があるか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 原則、選択された装用耳が平均聴力レベル９０ｄＢ未満で高度難聴用補聴器、９０ｄＢ以上で重度難聴用補聴器を選択されているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| ⇒（ＮＯの場合）【選択の理由】の記載はされているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 補聴器の処方：装用耳 | 原則、聞こえが良い方の耳（平均聴力レベルの小さい値）が選択されているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| ⇒（ＮＯの場合）【選択の理由】の記載はされているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| （選択肢『両耳』の場合）【選択の理由】の記載はされているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| ⇒（ＹＥＳの場合）【選択の理由】は『職業上又は教育　　　　　　　　　上等』が書かれているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 補聴器の処方：イヤモールド | （選択肢『有』の場合）【作製の理由】は記載されているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 調整内容　　記 録 票 | 日付、業者名、担当者名の記載はあるか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 名称、装用耳、イヤモールドの選択に意見書との差異はないか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 周波数に対する利得は記載されているか（調整画面の資料添付で代用可）。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| 補聴効果の性能特性図は添付されているか。 | ＹＥＳ ・ ＮＯ |
| ※上記チェックで『ＮＯ』がついた場合は事前に当センターに御相談ください。※判定書交付後、補聴器が本人に受け渡って２週間ほど使用した後、市町村は本人と面談して適合状態確認票（補 ６－２）を作成し、提出してください。 |
| 備考： |

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター