

意見書作成事例

事例1-1 一部不適切：平均聴力レベル 90dB 未満で重度難聴用希望の例
補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和19年5月22日生（77歳）	
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号		(〇 方)		
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中				
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両
今回の希望	新規	装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に）			補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

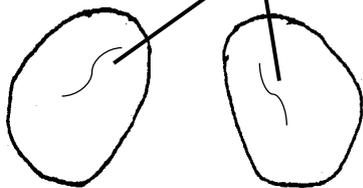
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

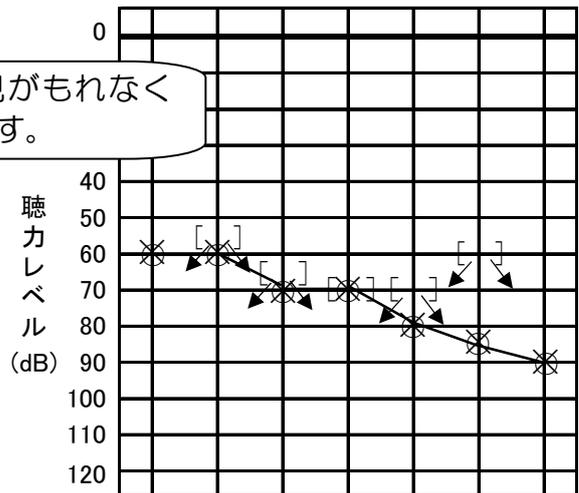
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴 **感音難聴** ・ 混合難聴

(2) 鼓膜の状況 **正常**



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

聴力レベルから、高度難聴用の適応となります。90dB未満で重度難聴用が必要な場合は、4(3)に理由の記載が必要です。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの要否を

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目				○	右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由()

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・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)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 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)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイト [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者による調整
	レディメイト [®]	オーダーメイト [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために 両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上)・なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具

語音明瞭度が低いことは、利得を上げて改善できるとはいええないため、重度難聴用が必要な理由とは判断できません。

(3) 装用耳 90dB未満で重度難聴用、または 90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

語音明瞭度が低いため重度が必要

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した (機種★) 試聴していない
必要とする音響利得	(35) dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

音響利得35dBは高度難聴用で適合可能です。

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 7 月 28 日

医療機関名 ○○○○病院
診療担当科 耳鼻咽喉科
電話 ○○-○○○○-○○○○
FAX ○○-○○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。
高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。 令和3年4月から

事例1-2 適切：平均聴力レベル90dB未滿で高度難聴用を処方した例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇	生年月日	昭和19年5月22日生（77歳）
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 (方)		
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付・申請中		
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型 高度難聴用*1耳かけ型 その他 重度難聴用*2ポケット型 重度難聴用*2耳かけ型 ()	右・左・片・両
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に） 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他 ()		

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

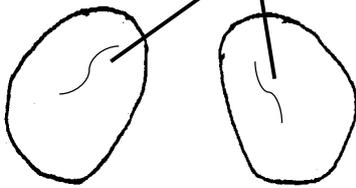
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

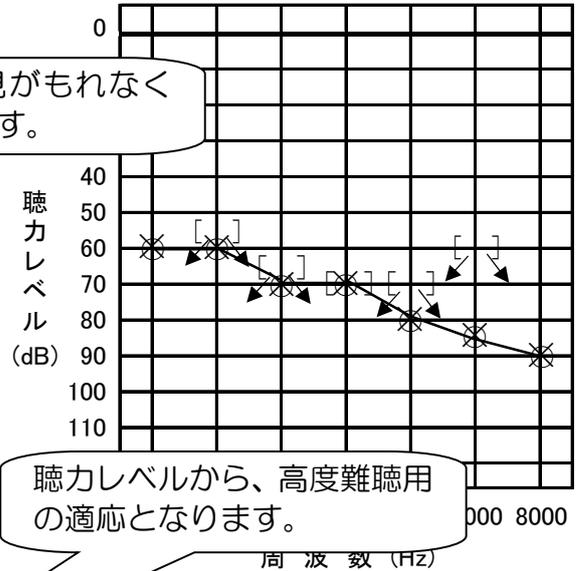
- (1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴・**感音難聴**・混合難聴

- (2) 鼓膜の状況 **正常**



検査結果や所見がもれなく記載されています。



聴力レベルから、高度難聴用の適応となります。

- (3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器またはイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未滿)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目		○			右 左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由 ()

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未滿で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・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)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 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)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイド [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者による調整
	レディメイド [®]	オーダーメイド [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いため に両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上)・なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

補聴器装用歴なし。当院で高度難聴用耳かけ型補聴器 ○○○ を右耳に試聴し、会話聴取の改善を認めた。

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 7 月 28 日

医療機関名 ○○○○病院
診療担当科 耳鼻咽喉科
電話 ○○-○○○○-○○○○
FAX ○○-○○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。
高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

事例2-1 一部不適切：職業上の理由で耳あな型希望の例

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇		生年月日	平成6年7月28日生（27歳）	
住所	〇〇 (区) 市 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 (方)				
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級		年月日交付	申請中	
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型 高度難聴用*1耳かけ型 その他	右・左・片・両		
今回の希望	新規	装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に）			
		補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他			

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

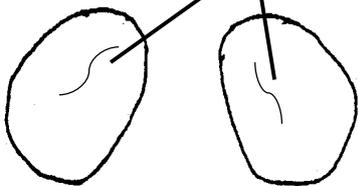
(1) 難聴の種類

(4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴 **感音難聴** ・ 混合難聴

(2) 鼓膜の状況

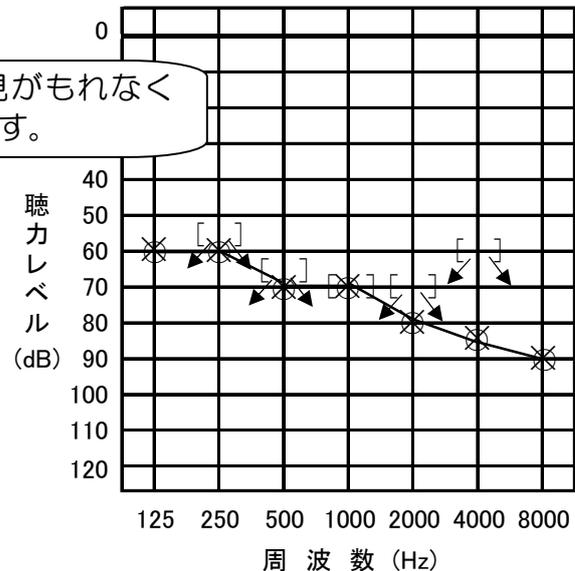
正常



検査結果や所見がもれなく記載されています。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%



2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの要否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・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)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい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)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイドの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目		○			右 左	要・不要	要 不要
【B】2個支給用						要・不要	要・不要

ポケット型・耳かけ型が装用できず、耳あな型が真に必要な場合でなければ、支給の適応がありません。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上) ・ なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的な理由を記入してください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

仕事でヘルメット着用の必要があるため

「ヘルメット着用の必要がある」との記述のみでは、耳あな型が真に必要な状況にあるのか判断できません。ヘルメットと耳かけ型が併用できる場合もあります。

(3) 装用耳 90dB未満で重度難聴用、または 90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。 ★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 9 月 27 日

医療機関名 ○○○○病院

医師名 ○○ ○○

診療担当科 耳鼻咽喉科

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

電話 ○○-○○○○-○○○○

FAX ○○-○○○○-○○○○

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。 令和3年4月から

事例2-2 適切：職業上の理由で耳あな型希望の例

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇 〇〇〇		生年月日	平成6年7月28日生（27歳）	
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号		(〇 方)		
身体障害者手帳	聴覚障害（6）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中				
前回の判定	年 月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	
		重度難聴用*2ポケット型	重度難聴用*2耳かけ型	() 右・左・片・両	
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に） 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）				

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

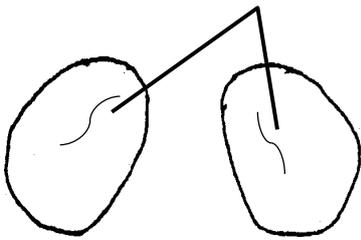
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

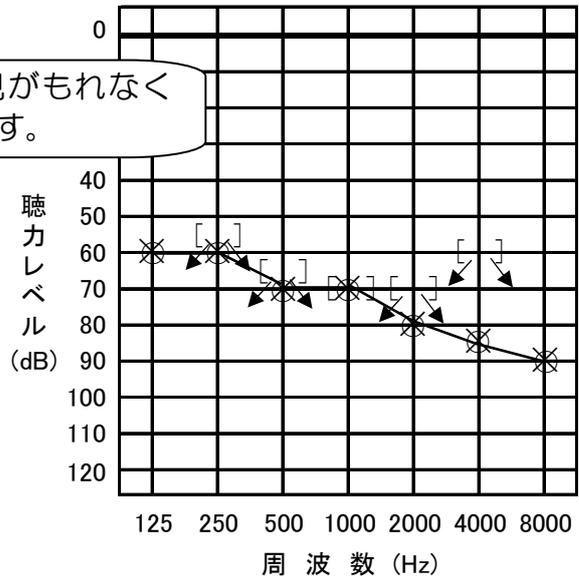
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム (別紙添付可) ※骨導値必須。

伝音難聴 **感音難聴**・混合難聴

(2) 鼓膜の状況 **正常**



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	72.5 dB	72.5 dB
最良語音明瞭度	(90 dB) 55%	(90 dB) 40%

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由()

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・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)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 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)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイト [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者に よる調整
	レディメイト [®]	オーダーメイト [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目		○			右 左	要・不要	要 不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いた めに両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 %→両耳装用 %に向上)・なし 検査語声 ()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体

耳あな型が必要な状況と、耳かけ型・ポ
ケット型を実際に試聴して装用困難であ
った状況が具体的に記載されています。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

建築会社に勤務しており、週5日工事現場での作業に従事し、ヘルメット着用が義務づけられている。耳かけ型補聴器○○○と△△△(RIC)をそれぞれ2週間貸し出しして試聴したが、いずれもヘルメットの□□の部分が補聴器に当たり装用することができなかった。ポケット型補聴器▽▽▽を試聴したところ、ヘルメットには当たらないがコードが邪魔になり勤務に支障が生じた。

(3) 装用耳 90dB未満で重度難聴用、または 90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 9 月 27 日

医療機関名 ○○○○病院

医師名 ○○ ○○

診療担当科 耳鼻咽喉科

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

電話 ○○-○○○○-○○○○

FAX ○○-○○○○-○○○○

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

事例3-1 一部不適切：障害上の理由による2個支給（両耳への支給）希望の例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和41年4月25日生（55歳）	
住所	〇〇 (区)・郡	〇〇	町村	〇	丁目 〇〇番 〇号 (方)
身体障害者手帳	聴覚障害（4）級 総合等級（ ）級 年月日交付・申請中				
前回の判定	平成28年5月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両
今回の希望	新規	装用耳を変更したい	右・左・両耳を⇒	右・左・	両耳に
	補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）				

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

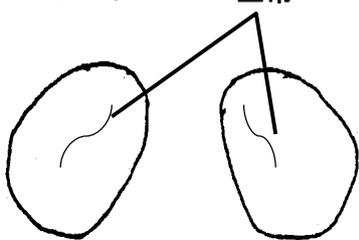
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

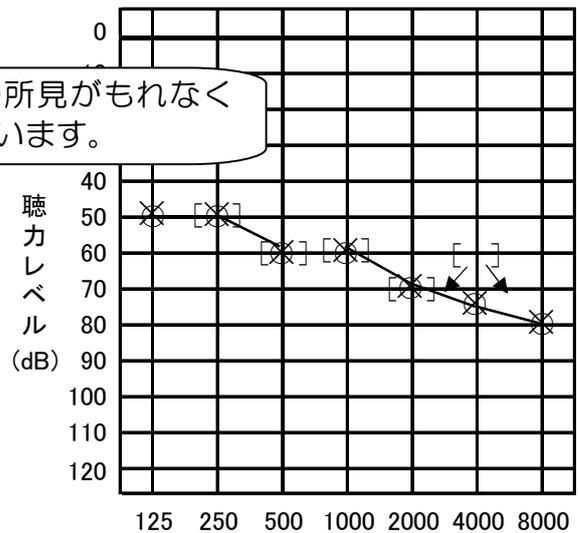
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴 混合難聴

(2) 鼓膜の状況 正常



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	62.5dB	62.5dB
最良語音明瞭度	(90dB) 35%	(90dB) 40%

左右とも裸耳の最良語音明瞭度が低いため、障害上、両耳への支給が必要となる可能性は考えられます。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器および

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目		○			右・左	要 不要	要 不要
【B】2個支給用		○			右・左	要 不要	要 不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・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)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい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)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイトの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイト	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用							

両耳装用が必要な理由の記載があります。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な限りお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右() 左()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳 % → 両耳 % に向上) なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況が

言葉の聞き取りが良くなると思われるため

試聴しておらず、両耳装用による語音明瞭度の向上も不明であるため、両耳への支給が必要かどうかは判断できません。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 11 月 26 日

医療機関名 ○○○○病院
 診療担当科 耳鼻咽喉科
 電話 ○○-○○○○-○○○○
 FAX ○○-○○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。 令和3年4月から

事例3-2 適切：障害上の理由による2個支給（両耳への支給）希望の例 補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	〇〇〇〇 〇〇〇		生年月日	昭和41年4月25日生（55歳）	
住所	〇〇 (区)・郡 〇〇 町 〇 丁目 〇〇 番 〇 号 市 村 (方)				
身体障害者手帳	聴覚障害（4）級 総合等級（ ）級 年 月 日交付 ・ 申請中				
前回の判定	平成 29年5月	高度難聴用*1ポケット型 高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両	
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右）・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）				

(*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用)

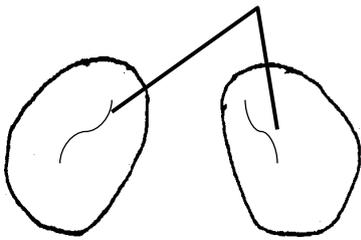
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

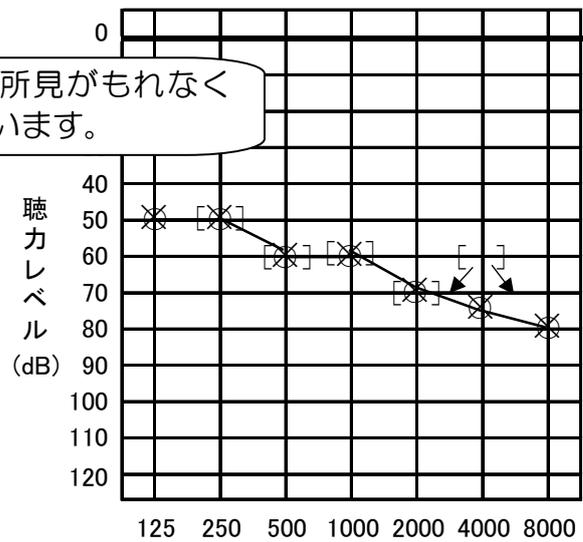
(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴 混合難聴

(2) 鼓膜の状況 正常



検査結果や所見がもれなく記載されています。



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	62.5 dB	62.5 dB
最良語音明瞭度	(90dB) 35%	(90dB) 40%

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの要否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド		専門的知識・ 技能を有する 者による調整	
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型		要	不要	要	不要
【A】1個目		○			右・左	要	不要	要	不要
【B】2個支給用		○			右・左	要	不要	要	不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・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)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 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)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ ディメイト [®] の場 合のみ記入)	専門的知 識・技能を 有する者に よる調整
	レディメイト [®]	オーダーメイト [®]	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由および具体的効果

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右(○○○) 左(△△△)
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いため に両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり (片耳装用 45% → 両耳装用 60% に向上) ・ なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他()

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

補聴器片耳装用に比べ、両耳装用で語音明瞭度が15%向上した。また、片耳装用では聞き返しが頻繁であったが、両耳装用により会話の疎通性が向上し、対面での会話が可能となった。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

試聴により片耳装用と両耳装用の補聴効果を比較した結果が記載されています。

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種(★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

平成24年から右耳に耳かけ型補聴器を装用している。今回、語音明瞭度が低下し片耳装用では会話が困難となり、両耳装用を希望している。

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

令和 3 年 11 月 26 日

医療機関名 ○○○○病院

医師名 ○○ ○○

診療担当科 耳鼻咽喉科

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

電話 ○○-○○○○-○○○○

FAX ○○-○○○○-○○○○

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

