

補聴器調整票

氏名 _____ 様

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ◆ 市町へ提出 ① 補聴器調整票 ② 語音聴取検査表(25問 又は 10問 両耳) ③ 見積書(*)
*見積額にデジタル調整料を含む場合は、認定補聴器技能者証等の証明書を添付。
- ◆ 注意事項等 ○ 該当する項目に☑を入れ、必要な事項を記入してください。
○ 差額自己負担で「耳あな型」を希望の場合は、イヤモールドは認めていません。
○ 審査の前に補聴器を購入して支払済の場合は、支給の対象となりません。

判定予定	年 月 日 (海田・呉・三原・尾道・福山・三次・当所・廿日市) <input type="checkbox"/> 書面			
補聴器装着歴	無・有 → 現在の補聴器 (自費・福祉) <input type="checkbox"/> 試聴 (/ ~ /)			
福祉で支給する補聴器	装着耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳		
	種類	<input type="checkbox"/> 高度難聴用 (耳かけ型・ポケット型) <input type="checkbox"/> 重度難聴用 (耳かけ型・ポケット型) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	理由	
		<input type="checkbox"/> ダンパー入りフック		
	福祉用	メーカー	機種	
装着時の会話状況	<input type="checkbox"/> 対面会話 → 口元を隠す (会話は可能・何とか可能・音のみ) <input type="checkbox"/> → 口元を見る (会話は可能・何とか可能・音のみ) <input type="checkbox"/> 全体として (会話改善・危険回避)			

差額自己負担の希望があれば記入

差額希望	変更内容	_____ から _____ へ、差額負担による変更を希望
	理由	
	メーカー	_____ 機種 _____

- ・ 差額自己負担の条件は、判定医が審査で認めた補聴器と基本構造等が同一範囲内のものです。判定医が申請者の障害状況等から、補聴器の装着耳や基本構造等と共に差額自己負担を審査します。(例：高度「耳かけ型」から、高度「高額な耳かけ型」又は 高度「耳あな型」への変更 など)
- ・ 審査の後に、福祉と差額の補聴器を比較した「語音聴取検査表」を速やかに提出してください。

新しい補聴器での改善見込み (必ず具体的に記入してください)

Sample

事業者名 _____

検査者名 _____