補装具の意見書について　　【補聴器ver.】

●意見書の依頼について

・申請する補装具に関連する診療科の**身障法第15条指定医**に作成していただくようお願いします。

⇒意見書は**3カ月以内**に作成されたものをお願いします。

●難病の場合

・難病で申請する場合は，都道府県が指定する難病医療拠点病院，難病協力医療機関で難病治療に携わる医療を主として担当する医師，又は担当疾患に携わる診療科の身障法第15条指定医に作成していただくようお願いします。

●種目について

・「補聴器」と御記入ください。

●名称について

・「高度難聴用」又は「重度難聴用」の明記をお願いします。

・**ポケット型・一具（良聴耳に片耳装用）の支給が原則**となっております。

装用する耳について

・装用する**耳は「右」又は「左」，「両耳」**を明記してください。明記されていない場合，見積書が両耳であったとしても片耳のみの交付の場合がありますのでご注意ください。

※両耳の交付は**幼少期から装用**している場合や**教育上・職業（聴覚依存度が特に高い職業）上**，真に必要と認められる場合のみ対象となります。医師意見書に加え，生活状況の詳細な聞き取りを行い，両耳装用の必要性が認められると判断できる場合のみに限ります。

ポケット型・耳掛け型・耳あな型について

・「ポケット型」，「耳掛け型」，「耳あな型」のいずれかの明記をお願いします。

・「耳あな型」の場合，「レディメイド」か「オーダーメイド」のいずれかの記載をお願いします。

・耳掛け型や耳あな型については茨城県の判定が下りない場合があります。

※耳あな型は，ポケット型及び耳掛け型補聴器の使用が困難で，真に必要と認められる場合のみ。

※オーダーメイドは，障がいの状況・耳の形状等により，レディメイドで対応不可能な場合のみ。

●「効果の見込み」について

・補装具の定義上，「訓練のため」，「ＱＯＬ維持・向上」という文書は避けてください。

●「工作的意見」について

・見積書と相違がないことの確認をお願いします。

●オージオグラムについて

・茨城県の判定にあたり，意見書と併せて直近の検査データを記載又は添付する必要があります。

・オージオメーターで計測したオージオグラムをお願いします。

●特例補装具の場合

・国の基準で定められていない補装具を申請する場合，意見書とは別に「特例補装具理由書」も併せて必要となります。