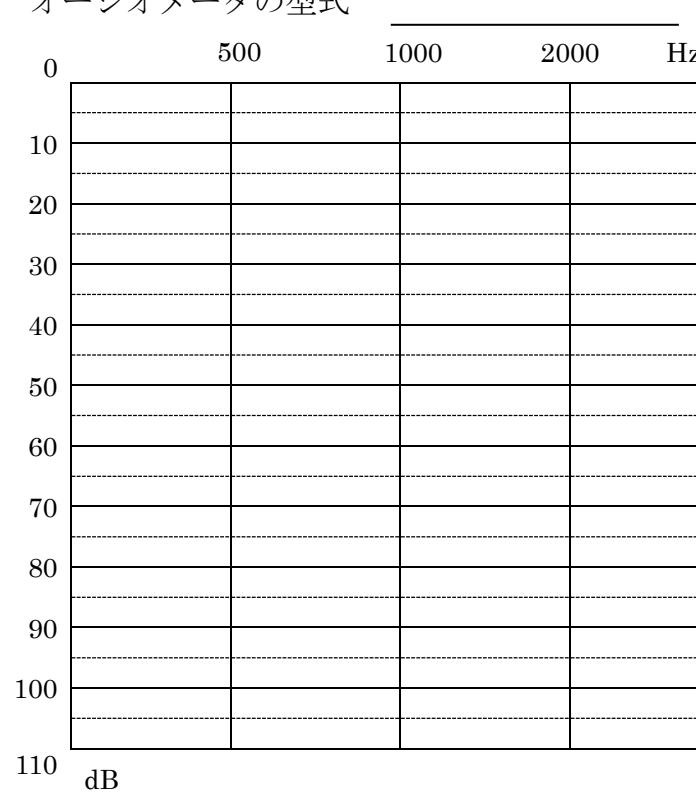
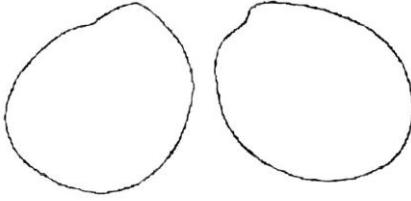


難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(3歳以上)

氏名			男・女	年月日生(歳)	
住所			就学(予定)先 (学校名・学級区分等)		
			就学(予定)時期	年月~	
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		<p>1 他覚的聴力検査(初回申請時のみ記入する) 下記のいずれか一つの検査について、実施した検査に○をつけ、直近の結果を記入してください。</p> <p>ABR・ASSR閾値(年月日実施) 右 dB、左 dB ・ASSR閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する値を、各々a・b・cとし、(a+2b+c)/4により算出してください。</p> <p>OAE(TEOAE・DPOAE)反応(年月日実施) 右(有・無)・直近の検査結果を添付して下さい。 左(有・無)</p>		
聴力※	右	dB			
	左	dB			
補聴器装用効果	右	有・無			
	左	有・無			
補聴器の種類等 (処方)	<p>1 補聴器</p> <p>(1) 補聴器の種類</p> <p>○耳かけ型</p> <ul style="list-style-type: none"> └ 重度難聴用 (右・左) └ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) <p>○ポケット型</p> <ul style="list-style-type: none"> └ 重度難聴用 (右・左) └ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) ・イヤモールド (要・否) <p>○耳あな型(レディメイド) (右・左)</p> <p>〃(オーダーメイド) (右・左)</p> <p>○骨導式(ポケット型) (右・左)</p> <p>〃(眼鏡型) (右・左)</p> <p>〃(カチューシャ型) (右・左)</p> <p>○軟骨伝導補聴器 (右・左)</p> <p>○その他()</p>				
	<p>2 標準純音聴力検査</p> <p>オージオメータの型式 _____</p>  <p>※ 気導・骨導聴力をご記入下さい。 ※ 聴力は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する聴力レベル値を、各々a・b・cとし、(a+2b+c)/4により算出してください。</p>				
	<p>(2) 現在までの補聴器装用の有無</p> <p>右(有・無)</p> <p>左(有・無)</p>				
	<p>(3) 使用効果見込み(医学的、社会的、発達上等の効果)</p>				
	<p>(4) 次の場合にはその理由を記入する。</p> <p>①骨導式カチューシャ型または軟骨伝導補聴器を処方する場合 ②高度・重度難聴用の補聴器を処方する場合</p>				

補聴器の種類等 (処 方)	<p>2 補聴援助システム</p> <p>(1) 種類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・FM電波方式 ・デジタル電波方式 ・その他 () <p>(2) システム機器</p> <ul style="list-style-type: none"> ・送信機 (要・否) ・受信機 (要・否) ・オーディオシュー (要・否) <p>(3) 現在までの補聴援助システム使用の有無 (有 · 無)</p> <p>(4) 使用効果見込み (医学的、社会的、成育上の効果)</p>
------------------	--

現在までの障害の状況 (治療の内容、期間、経過)・意見をご記入下さい。	耳鼻疾患の有無及び障害の状況 
-------------------------------------	---

- 1 意見書の記載は障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。
- 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は2台交付することができる。
- 3 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならない者。ただし、医師が装用の必要を認めた場合は、30dB未満であっても対象とする。
- 4 障害者総合支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。

上記のとおり意見する。

年 月 日

所 在 地

医療機関名指定自立支援医療機関名

医師氏名