

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業 医師意見書

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)
-----	--	-----	-------------

住 所

診断名

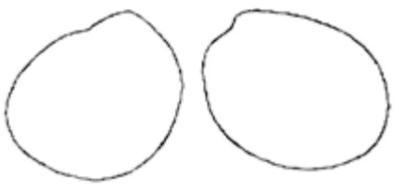
※4分法平均聴力を記入してください。

障害の種類

- ・伝音難聴 ・混合難聴
- ・感音難聴

	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB

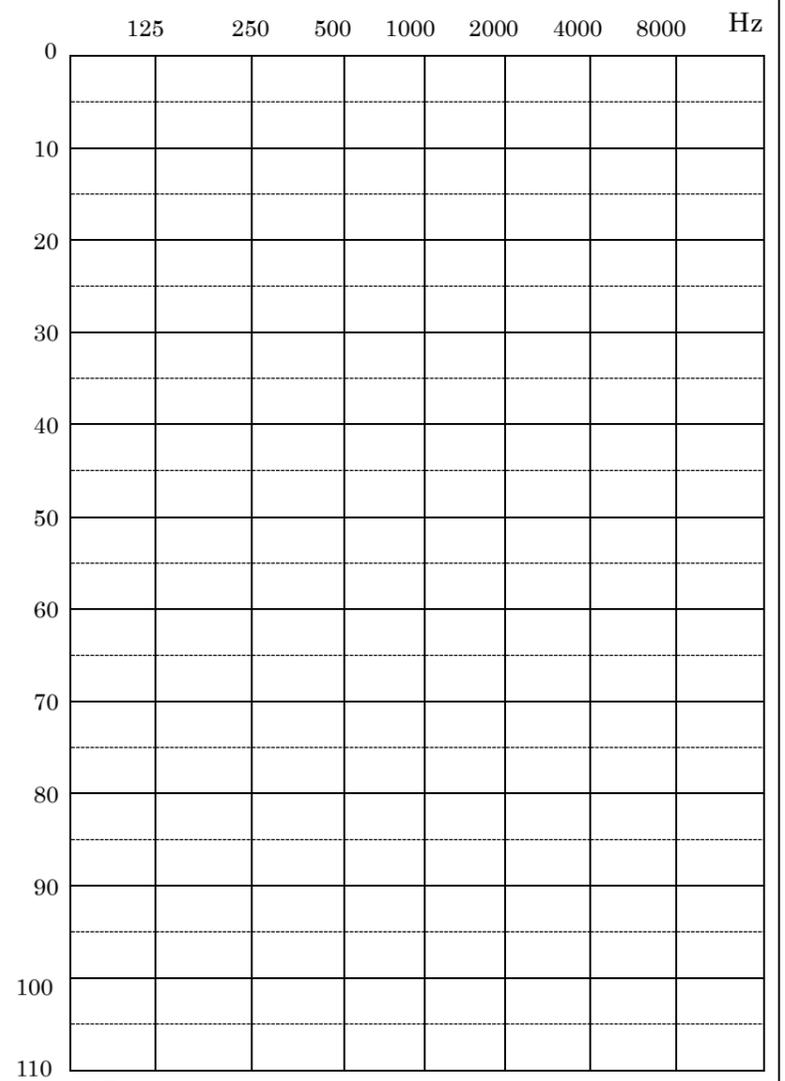
鼓膜の状態



聴力検査の種類
(COR・プレイオージオメトリー・純音聴力検査)

オージオメータの型式 _____

検査日 (平成 年 月 日)



dB

※ 気導・骨導聴力をご記入下さい

ABR、ASSR などの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載して下さい。

【備考】

補聴器の種類 (処 方)

- 耳かけ型
 - 重度難聴用 (右・左)
 - 高度難聴用 (右・左)
- ポケット型
 - 重度難聴用 (右・左)
 - 高度難聴用 (右・左)
- 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) (右・左)
- 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) (右・左)
- 特例補装具 () (右・左)
- イヤモールド (右・左)

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。

補聴器を必要とする理由および具体的効果 (言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど)
※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用、耳あな型補聴器が必要な理由等をご記入ください。

- 1 意見書の記載は滋賀県立小児保健医療センター・滋賀医科大学医学部附属病院に所属する身体障害者福祉法第15条指定医師に限る。
- 2 難聴児の補聴器の交付は、教育・生活上等真に必要と認めた場合、両耳装用として2台交付することができる。
- 3 当該児は、障害者総合支援法に基づく支給等に該当する場合、そちらを優先することとする。

上記のとおり意見する。

令和 年 月 日 所在地
医療機関名
医師氏名

印