

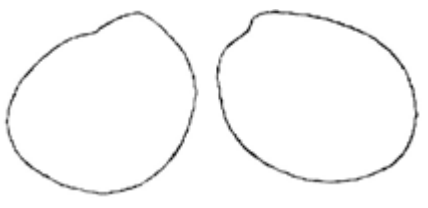
軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業 医師意見書

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	d B

鼓膜の状態			
-------	---	--	--

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)	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)																																																																																																										
		オーディオメータの型式 _____ 検査日 (平成 年 月 日) 125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> dB	0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110						
0																																																																																																												
10																																																																																																												
20																																																																																																												
30																																																																																																												
40																																																																																																												
50																																																																																																												
60																																																																																																												
70																																																																																																												
80																																																																																																												
90																																																																																																												
100																																																																																																												
110																																																																																																												

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。	※ 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】
---	---

- 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。
- 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。
- 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