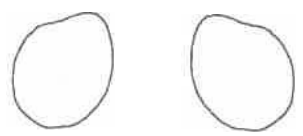


(様式第2号)

軽度・中等度難聴児補聴器購入助成事業意見書

氏名	男 女		平成・令和 年 月 日生 (歳)																																																																																																	
住所	郡・市		町村																																																																																																	
障害の種類	・伝音難聴・混合性難聴 ・感音難聴		オーディオグラム 聴力検査 (CORを含む) オーディオメーターの形式																																																																																																	
診断名																																																																																																				
聴力 (四分法)	右	dB	<table><tr><td></td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td></tr><tr><td>-20</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></tr><tr><td>0</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></tr><tr><td>20</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></tr><tr><td>40</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></tr><tr><td>60</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></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (dB) 125 250 500 1000 2000 4000 8000			125	250	500	1000	2000	4000	8000	-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80							
		125			250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																										
-20																																																																																																				
-10																																																																																																				
0																																																																																																				
10																																																																																																				
20																																																																																																				
30																																																																																																				
40																																																																																																				
50																																																																																																				
60																																																																																																				
70																																																																																																				
80																																																																																																				
左	dB																																																																																																			
補聴器 の種類 (処方)	1 補聴器の装用耳 右 左 両耳																																																																																																			
	2 補聴器の種類 耳かけ型 イヤーマールド (要・否) 骨導式 その他 ()																																																																																																			
	メーカー名 機種名: 概算額: その他特記事項																																																																																																			
	3 現在までの補聴器装用の有無 右 (有・無) 左 (有・無)																																																																																																			
4 使用効果見込み		*気道・骨導聴力をご記入下さい。 *装用下閾値 (音場) も記入 *ASSR による推定閾値 (四分法) (年 月 日実施) 右: 左: (年 月 日実施) 右: 左:																																																																																																		
現在までの障害状況 (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 意見書の記載は日本耳鼻咽喉科学会が認定した精密聴力検査機関の専門医に限る。 2 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育生活等真に必要と認めた場合は2台とすることができる。 3 障害者自立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 装用の必要性が認められます。																																																																																																				
令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医 師 名 印																																																																																																				