様式第２号（第５条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入等補助に関する意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住所 |  |
| 障がいの種類 | ・伝音難聴 ・混合性難聴・感音難聴 | オージオグラム聴力検査（CORを含む）オージオメーターの形式　　　　　　　　※起動・骨導聴力をご記入ください。※装用下閾値（音場）もご記入ください。※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： |
| 診断名 |  |
| 聴力（四分法） | 右 | dB |
| 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モールド（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 |
| 現在までの障がい状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入ください。 | 耳鼻疾病の有無及び障がいの状況 |
| １　意見書の記載は、一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外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　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）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。年　　月　　日　　　　所　在　地　医療機関名　医　師　名　 |