

軽度・中等度難聴児補聴器購入助成 医師意見書
 (原則30～70dB)

対象児氏名		生年月日	年	月	日生	歳																																																
住　所	Tel：　　　－　　　－																																																					
医 学 的 所 見	原傷病名	(発生　　　年　月　日)																																																				
	障がい原因	先天性　・　後天性（外傷・交通・疾病・その他）																																																				
	聴覚の状況	0 dB <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>20</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>60</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><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 1 鼓膜の状況 2 平均聴力レベル 右　　　　　dB 左　　　　　dB 3 その他(※)					20								40								60								80								100								120							
		20																																																				
		40																																																				
		60																																																				
		80																																																				
100																																																						
120																																																						
(※「3」については、標準聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、DPOAE等の検査結果を記載すること。)																																																						
聴覚障がいにし、身体障害者手帳の交付基準に、 ☐ 該当する ☐ 該当しない																																																						
☐ 新規 ☐ 再交付(前回交付　　　年　月　日)																																																						
補聴器の処方内容	補聴器の名称等	補聴器の種類		装用耳	イヤモールド																																																	
		☐ 高度(軽度・中等度)難聴用 〔 ☐ ポケット型 ・ ☐ 耳かけ型 〕	右	要　・　否																																																		
			左	要　・　否																																																		
		☐ 上記以外の補聴器 〔 〕	右	要　・　否																																																		
	左		要　・　否																																																			
	補聴器の処方内容	※特に、「両耳装用」の場合や「高度(軽度・中等度)難聴用」以外の場合は、その必要性、本助成制度への適合、医学的適応等をより具体的に記載すること。																																																				
イヤモールドの必要性																																																						
処方効果																																																						
意見書の作成者は、聴覚障がいに関し、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。																																																						
意見書作成年月日			年　　月　　日																																																			
所在地																																																						
医療機関名																																																						
医師氏名			印																																																			

※署名又は記名押印