様式第2号(第8条関係)

軽度 • 中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏	名	男女生年月日年月日生歳						
住	所							
障	がい名							
原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()						
補聴器装用の効果の見込		□ 補聴器装用により言語習得や学業等に一定の効果があると見込まれる。□ その他[]						
	聴力	右 dB 左 dB 会話音域の平均聴力レベル:4分法						
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴						
聴覚	鼓膜の状況							
غد را		【オージオメーターの型式】→						
障 が が	聴力検査の 結果	125 250 560 1000 2006 4000 8006 -10 0 0 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 20 10 10 10 20 10 10 10 20 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10						
		□ 00						
<i>V</i> '		^カ 50						
の		70 70 70 80 80 80 90 90 100						
状		110 120 120						
況		130 130 130 130 130 130 130 130 130 130						
	その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】						

		□ 右耳		」左	耳	□ 両耳			
		【両耳装用が必要な場合はその理由】							
必	装用耳								
要									
と	種類	□ ポケット型			耳かけ型	□耳	かけ型FM型		
<u>ب</u>		□ 耳あな型(レディ	'メイド)			耳あな型(オー	ダーメイド)		
す		□ 骨導式ポケット型	궽			骨導式眼鏡型			
る		※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又は イヤモールドの使用が困難な者							
1,1		注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能							
補 聴		耳あな型 の対象者 【例示】①耳 ②主	介の欠抗に職業。	貴や変別 上の理E	形、皮膚炎症等が 由により耳かけ型が	難で真に必要な者か 著しく、耳かけ型の使 が使用できない者 レディメイドでは対応	用が難しい者		
ни			処方理由	□ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい					
	付属品	□ イヤモールド				音漏れなどにより共鳴			
					要部の不関連動 その他(等により、耳栓では脱	と答りだれがめる		
使用効果見込									
上記のとおり意見します。									
年 月 日									
医療機関名									
所 在 地									
診療科名									
作成医師氏名 印									

【記入上の留意事項】

- 1 意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に限る。
- 2 対象は、両耳の聴力レベルが原則30dB以上70dB未満で身体障害者手帳の交付の対象とならない者。ただし、医師が装用の必要を認めた場合は、30dB未満であっても対象とする。