別記様式第２号（第６条関係）

|  |
| --- |
| **軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右耳 | 左耳 |
| 聴力レベル | 　　　　　ｄB | ｄB |

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）　オージオメータの型式　　　　　　　　　　　　検査日（　　　　年　　月　　日）Hz

|  |
| --- |
| 125　　　250　　500　 1000　 2000　 4000　 8000 0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100110 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| dB※　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】 |
| 障害の種類 | ・伝音難聴　・混合難聴・感音難聴 |
| 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） |
| 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。 |  |
| １　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付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。２　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。３　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。　　年　　月　　日　　所在地　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　(署名又は記名押印) |