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 |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | | 100  110 |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | | 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) | | | | |