第2号様式(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付事業意見書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | 男・女 | | | | 年　　　月　　　日生(　　歳) |
| 住所 | |  | | | | | | | | 疾病名 | | | |  |
| 障害種類 | | 1　伝音性難聴　　　2　感音性難聴　　　3　混合性難聴 | | | | | | | | | | | | |
| 補聴器テスト | | 右 | 1有効　2無効　3その他(　　　　　　　　) | | | | | | | | 左 | | 1有効　2無効　3その他(　　　　　　　　　　　　) | |
| 現在までの補聴器装用の有無　　　　　　　　　　右　(有・無)　　　　　左　(有・無) | | | | | | | | | | | | | | |
| 【純音による検査】 | | | | | | | | ＊気導と骨導双方の聴力測定値を必ず御記入下さい。  　　気導　　　　右　○　　　　左　×  　　骨導　　　　右　［　　　　　左　］  聴力レベル(4分法)  　右　○　　　　　　　　　　　　dB  　左　×　　　　　　　　　　　　dB  　　　(オージオメーター記録紙添付可)  オージオメーター機種 | | | | | | |
|  | 鼓膜の状況　　　　(右)　　　　　　(左) | | | | | |
| 【語音による検査】  　　　最良語音明瞭度  　　　　　右　　　　dB　　　　％  　　　　　左　　　　dB　　　　％ | | | | | | | | |
| 処方  (補聴器の種類・付属品) | 補聴器の種類等 | | | 装用耳 | | 個数 | 処方の理由 | | | | | 耳あな型及びイヤモールドが必要な場合は，必要性、使用効果、身体の状況等を下欄に御記入ください。 | | |
| 右 | 左 |
| 耳かけ型 | | |  |  |  |  | | | | | | | |
| その他種類  (　　　　　　　) | | |  |  |  |
| イヤーモールド | | |  |  |  |
| 現在までの障害の状況(治療の内容，期間，経過)・意見を御記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　意見書の記載は，身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)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。  2　言語を習得するためなど両耳装用が有効である場合は，両耳用として2個同時支給できる。  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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり意見する。  　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　医療機関名  所在地  15条指定医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書の検査結果作成上の留意点

　　1　補聴器の調節の目安になりますので，正確に記入してください。

　　2　ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。

　　3　ASSR閾値は，周波数500，1,000，2,000，4,000Hzの音に対する値を，各々a・b・cとし、(a＋2b＋c)／4により算出してください。