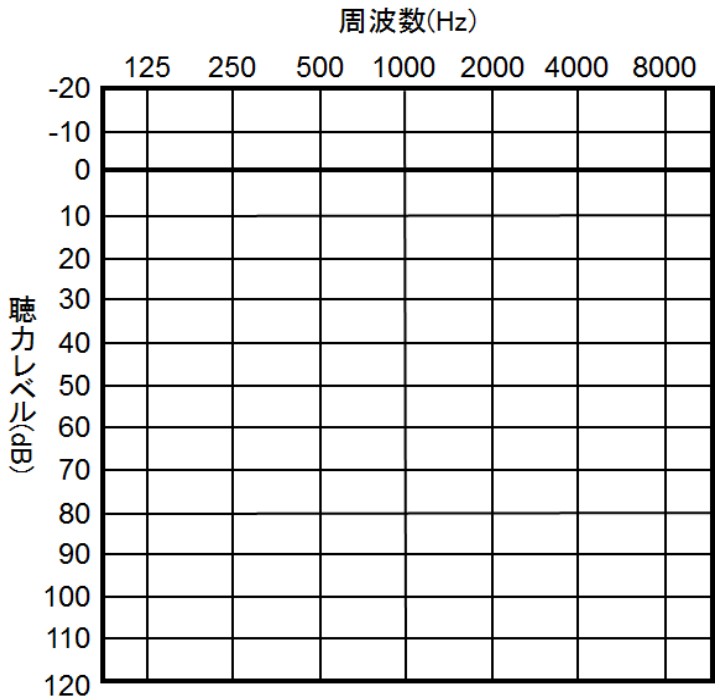
様式第２号

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業意見書

<table>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td><td>男
女</td><td colspan="3">年　　月　　日(　　)歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障がい名</td><td colspan="5">聴　覚　障　が　い</td></tr>
<tr><td colspan="2">障がい･疾病等の状況</td><td colspan="5">【難聴の原因となる障がい・疾病名】

【補聴器装用の効果の見込み】
☐　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
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">聴力障害の状況・鼓膜所見</td><td>平均聴力レベル</td><td colspan="2">右耳:　　dB</td><td colspan="2">左耳:　　dB</td><td>オージオメータ形式:</td></tr>
<tr><td>聴力検査の結果</td><td colspan="3">検査：　　年　　月　　日
 
</td><td colspan="2">最高語音明瞭度:
右耳:　　%
左耳:　　%

鼓膜所見
右耳　略正常　異常
左耳　略正常　異常</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の所見</td><td colspan="5">【注】耳あな型補聴器･骨導補聴器を処方する場合、外耳道･耳介の所見を具体的に記入願います。</td></tr>
</table>

※【裏面も記入願います。】

必要とする補聴器

<table>
<tr><td rowspan="4">種類
・
型
・
装用耳</td><td rowspan="2">型</td><td>右耳</td><td colspan="2">□ポケット型(軽度・中等度難聴用)
□耳かけ型(軽度・中等度難聴用)　□耳かけ型 FM 型
□耳あな型(レディメイド)　□耳あな型(オーダーメイド)</td></tr>
<tr><td>左耳</td><td colspan="2">□ポケット型(軽度・中等度難聴用)
□耳かけ型(軽度・中等度難聴用)　□耳かけ型 FM 型
□耳あな型(レディメイド)　□耳あな型(オーダーメイド)</td></tr>
<tr><td colspan="4">【注】耳あな型及びオーダーメイドの対象者は以下の理由に限ります。
●耳あな型は、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難で、真に必要な者
●オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等のため、レディメイドでは対応不可能な者</td></tr>
<tr><td colspan="4">【両耳装用、耳かけ型、耳あな型、FM 型を必要とする理由など】</td></tr>
<tr><td colspan="2">□骨導補聴器</td><td>□右耳　□左耳</td><td>□ポケット型
□眼鏡型(平面レンズ□右　□左　□不要)</td></tr>
<tr><td colspan="4">【注】 伝音難聴で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、
且つ、耳栓やイヤモールドの使用が困難な者が対象</td></tr>
<tr><td>イヤ
モールド</td><td>□右耳
□左耳
□不要</td><td>処方理由</td><td colspan="2">□外耳道の変形などによりハウリングが起こりやすい。
□その他</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用効果の見込</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記のとおり意見します。

年月日:　　年　　月　　日

医療機関名:

所在地:

診療科名:

医師氏名:

【記載に当たっての注意事項】

1. 意見書の記載は、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第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定により都道府県知事、指定都市の市長若しくは中核市の市長の指定する医師に限る。
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。