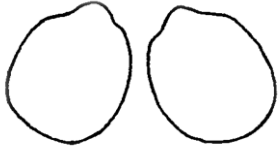


軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業医師意見書

		市町村記入欄	前回支給日	年	月	日																																																																																																																
氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日	歳																																																																																																																
		男 ・ 女																																																																																																																				
		住所																																																																																																																				
医 学 的 診 断	難聴の種類	1 感音性難聴（右・左） 2 伝音性難聴（右・左） 3 混合性難聴（右・左） 4 その他（ ）																																																																																																																				
	疾病・外傷発生日	年 月 日																																																																																																																				
	《治療経過・現在の障害状況・補聴器を必要とする理由等》																																																																																																																					
現 症	原因	（治療による聴力回復が見込める中耳炎等、急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となる。）																																																																																																																				
	現症	 <p style="font-size: small;">（鼓膜の状態は具体的に記載（耳漏の有無、混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する）</p>																																																																																																																				
補 聴 器 の 処 方 内 容	処方	1 軽度・中等度難聴用ポケット型 2 軽度・中等度難聴用耳かけ型 3 高度難聴用ポケット型 4 高度難聴用耳かけ型 5 重度難聴用ポケット型 6 重度難聴用耳かけ型 7 骨導式ポケット型 ※1 8 骨導式眼鏡型 ※2 9 耳あな型（レディメイド） ※3 10 耳あな型（オーダーメイド） ※4	装用	# オージオメーターの形式（ ） # 聴力（聴力レベル）（4分法） 右： dB 左： dB # 《オージオグラム》（別添可）																																																																																																																		
	その他、特に必要なもの ※5		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">聴力レベル dB</th> <th style="text-align: center;">125</th> <th style="text-align: center;">250</th> <th style="text-align: center;">500</th> <th style="text-align: center;">1000</th> <th style="text-align: center;">2000</th> <th style="text-align: center;">4000</th> <th style="text-align: center;">8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				聴力レベル dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120							
	聴力レベル dB	125					250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																										
0																																																																																																																						
10																																																																																																																						
20																																																																																																																						
30																																																																																																																						
40																																																																																																																						
50																																																																																																																						
60																																																																																																																						
70																																																																																																																						
80																																																																																																																						
90																																																																																																																						
100																																																																																																																						
110																																																																																																																						
120																																																																																																																						
適応理由（特に上記処方が必要な理由）		# 語音明瞭度（右 %）（左 %）																																																																																																																				
使用効果見込み（補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無、見込み等を記入すること。）																																																																																																																						
上記のとおり意見する																																																																																																																						
年 月 日																																																																																																																						
医 療 機 関 名 所 在 地 診 療 科 名 医 師 氏 名																																																																																																																						

意見書の記載は、障害者総合支援法第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項の規定により知事が指定した医師に限る。