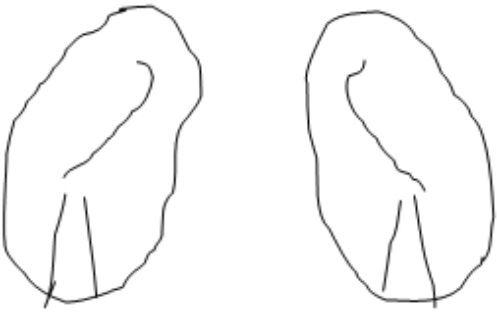
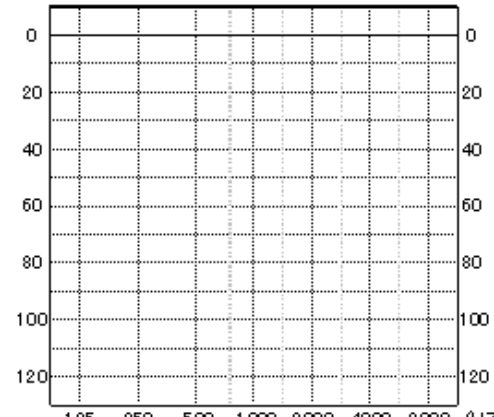


|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 難聴児補聴器購入助成金交付意見書                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| 氏 名                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 男 ・ 女                                                                                                                                             | 年 月 日生 歳 |
| 住 所                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 原因疾病、<br>外 傷 名                                                                                                                                    |          |
| 医<br><br>学<br><br>的<br><br>所<br><br>見                                                                                                                                          | <div>①聴覚障害の種類<br/><input type="checkbox"/>伝音難聴    <input type="checkbox"/>感音難聴    <input type="checkbox"/>混合難聴</div> <div>②鼓膜所見<br/><div>右                      左</div></div> <div>③オーディオグラム<br/>(dB) 125 250 500 1000 2000 4000 8000<br/><br/>air 右○…○ bone 右 [ マスキング 右    dB<br/>左×…× 左                      左    dB</div> <div>④音声・言語機能障害の状況及び所見</div> <div>(1)平均聴力(4分法)<br/>右 _____ dB 左 _____ dB<br/>(2)補聴効果 右 _____ 左 _____</div> |                                                                                                                                                   |          |
|                                                                                                                                                                                | 補<br>聴<br>器<br>の<br>処<br>方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 補聴器の装用耳 <input type="checkbox"/> 右耳に <input type="checkbox"/> 左耳に <input type="checkbox"/> どちら側でも(交互装用) <input type="checkbox"/> 両耳に(理由を特記事項欄に記載) |          |
| イヤモールド <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ハウリング防止 <input type="checkbox"/> 安定した装着状態の獲得 <input type="checkbox"/> ハウリングした際、本人気付かない  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| <input type="checkbox"/> ポケット型                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| <input type="checkbox"/> 耳かけ型                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| <input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイド)<br><input type="checkbox"/> 耳あな型(オーダーメイド)                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型<br><input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型<br><input type="checkbox"/> 受信機<br><input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク<br><input type="checkbox"/> オーディオチュー |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| 《特記事項》                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |
| 以上のとおり診断し、補聴器装用の必要性を認めます。<br>年        月        日<br><div>医 療 機 関 名<br/>医 師 名</div>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |          |

(注) 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項の規定による知事が定める医師に限る。

補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活上特に必要と認められる場合は、両耳装用とし、2個とすることができる。

対象は、両耳の聴力レベルが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こと。

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。