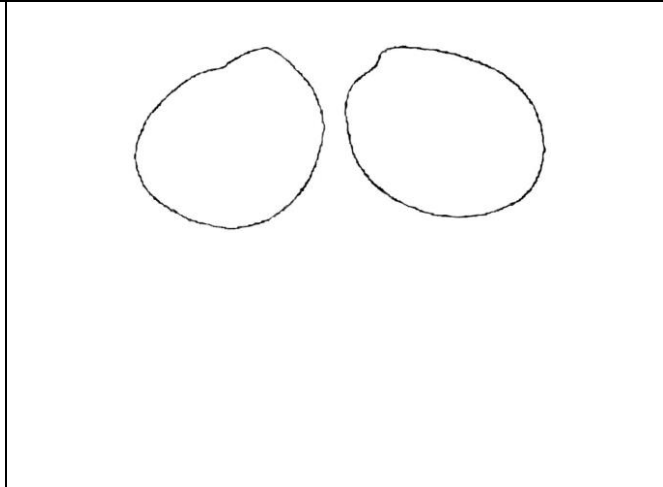


難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (3歳未満)

氏名		男・女	年 月 日生 (歳)	
住所				
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB		
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無		
	左	有 ・ 無		
補聴器の種類等 (処 方)	1. 補聴器の種類 <input type="radio"/> 耳かけ型 ┌ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) <input type="radio"/> ポケット型 ┌ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) ・イヤモールド (要・否) <input type="radio"/> 耳あな型 (レディメイド) (右・左) " (オーダーメイド) (右・左) <input type="radio"/> 骨導式 (ポケット型) (右・左) " (眼鏡型) (右・左) その他 ()		OAE (TEOAE・DPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。 COR (年 月 日実施)	
	2. 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)			
	3. 使用効果見込み			
	4. 概算額		※ABR・ASSR 閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz 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。 ※検査結果は検査方法に○を、直近3回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。	

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。

耳鼻疾患の有無及び障害の状況



- 1 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医療機関の医師に限る。
- 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は2台交付することができる。
- 3 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上で、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。
- 4 障害者総合支援法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 所在地

医療機関名 指定自立支援医療機関名

医師氏名