

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (3歳以上)

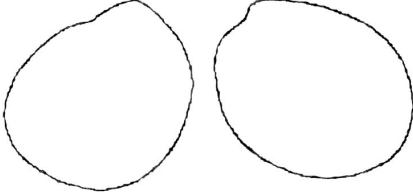
氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
住所		就学(予定)先 <small>(学校名・学級区分等)</small>	
		就学(予定)時期	令和 年 月 ~
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		
聴力※	右	dB	
	左	dB	
補聴器装用効果	右	有 ・ 無	
	左	有 ・ 無	
補聴器の種類等 (処方)	1 補聴器 (1) 補聴器の種類 <input type="radio"/> 耳かけ型 ┌ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) <input type="radio"/> ポケット型 ┌ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (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 ()		
	(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		

オーディオグラム
聴力検査
オーディオメーターの型式 _____

	500	1000	2000	Hz
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				

dB

※ 気導・骨導聴力をご記入下さい。
 ※ 聴力は、500・1,000・2,000周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a・b・cとし、
 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。

補聴器の種類等 (処 方)	<p>2 補聴援助システム</p> <p>(1) 種類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ FM電波方式 ・ デジタル電波方式 ・ その他 () <p>(2) システム機器</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 送信機 (要・否) ・ 受信機 (要・否) ・ オーディオチューン (要・否) <p>(3) 現在までの補聴援助システム使用の有無 (有 ・ 無)</p> <p>(4) 使用効果見込み</p> <p>3 概算額</p>	
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 	
<p>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。</p> <p>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・生活上等真に必要なと認められた場合は2台交付することができる。</p> <p>3 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。</p>		
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名指定自立支援医療機関名</p> <p>医師氏名 印</p>		