

様式第2号（第6条関係）

八重瀬町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

ふりがな		男		
氏名		・	年 月 日 () 歳	
住所				
障害名				
障害・疾病等の 状況	【難聴の原因となる障害、疾病名】			
	【補聴器装用の効果の見込み】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 []			
聴力障害の 状況・鼓膜所見	平均聴力 レベル	右耳： dB	左耳： dB	オーディオメーター形式：
	聴力検査 の結果	【検査日： 年 月 日】		最高語音明瞭度：
		周波数(Hz) 125 250 500 1000 2000 4000 8000 聴力レベル(dB) -20 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120		右耳： _____ % 左耳： _____ %
				鼓膜所見
		右耳	略正常 異常	
		左耳	略正常 異常	
その他所見	【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。			

※【裏面も記入願います。】

必要とする補聴器

補聴器処方	装用耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳	
	型	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型（レディメイド） <input type="checkbox"/> 耳あな型（オーダーメイド） <input type="checkbox"/> 耳かけ型FM型	
	【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 （処方の詳細、処方理由等）		
	【両耳装用、耳かけ型、耳あな型、FM型を必要とする理由等を記入してください。】 ※特にオーダーメイドの場合、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 骨伝導補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型（平面レンズ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不要）
【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			
イヤモールド	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 不要	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などによりハウリングが起りやすい。 <input type="checkbox"/> その他 []	
使用効果の見込			
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関の所在地： 医療機関名： 診療科名： 医師氏名：			

【記載に当たっての注意事項】

- 意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項の知事の指定する医師に限る。
- 対象は、両耳の聴力レベルが身体障害者手帳の交付の対象とならない者で、補聴器を装用することにより、言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断するもの。