

軽度・中等度難聴児補聴器助成事業意見書						
氏 名					年 月 日生(歳)	
住 所					疾 病 名	
障害種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴					
補聴器テスト	右	1有効 2無効 3その他()			左	1有効 2無効 3その他()
現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)						
オージオグラム【聴力検査(COR含む)】				聴力レベル(4分法)		
dB 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 500 1000 2000 Hz				右 ○ dB 左 × dB (オージオメーター記録紙添付可) オージオメーター機種 _____		
【語音による検査】				【ABR/ASSR閾値】		
最良語音明瞭度				(年 月 日 ABR・ASSR)		
右 dB %				右 dB 左 dB		
左 dB %				鼓膜の状況 (右) (左)		
処方 (補聴器の種類・付属品)	補聴器の種類等	装用耳		個数	処方の理由 耳あな型(必要性・使用効果等)及びイヤモールド(身体障害の状況等)が必要な場合は、理由を御記入ください。	
		右	左			
	耳かけ型					
	その他種類 ()					
	イヤモールド					
現在までの障害の状況(治療の内容, 期間, 経過)・意見を御記入ください。						
1 意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科学会が認定した精密聴力検査機関の専門医であり、また、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する都道府県知事等の定める医師に限る。						
2 言語を獲得するためなど両耳装用が有効である場合は、両耳用として2個同時支給できる。						
3 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こととする。						
上記のとおり意見する。						
年 月 日 医療機関名						
所 在 地						
15条指定医師名						
印						

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

軽度・中等度難聴児補聴器助成事業意見書の検査結果作成上の留意点

- 1 補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- 2 ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- 3 ASSR閾値は、周波数500, 1, 000, 2, 000, 4, 000Hzの音に対する値を、各々a・b・c
$$(a+2b+c)/4$$
により算出してください。