様式第２号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注２　耳あな型補聴器および両耳装用の場合は、生活上、教育上真に必要な理由を記入してください。  こまく.jpg  注１　該当するものを○で囲んでください。 | 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金　医師意見書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 経過および現症 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| １　伝音性難聴　　２　感音性難聴　　３　混合性難聴 | | | | | | | | | | | |
| 言語明瞭度 | | | 右 | ％ | 聴力検査（純音による検査） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | ％ | オージオメーターの形式（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力レベル  ※会話音域の  平均聴力レベル | | | 右 | ｄB | 0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  110 | （ｄB）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　右…○、左…× | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | ｄB |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| 補聴効果 | | | 右 | 有・無 |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 左 | 有・無 |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 補聴器の処方 | 高度難聴用  （注１） | | ﾎﾟｹｯﾄ型 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 耳かけ型 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 耳あな型 | | レディメイド | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| オーダーメイド | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 骨導式 | | ポケット型 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 眼鏡型 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| イヤモールド | | | 要・不要 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 装用耳 | | | 右・左・両方 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 耳あな型または  両耳装用 | | | 必要・不要 | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | | (Hz) | |
| 125 | | 250 | | | 500 | | | 1000 | | | 2000 | | 4000 | | 8000 | |  |
| （耳あな型または両耳装用が必要な具体的理由） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本来は上記の処方のものが適当であるが、本人は差額自己負担で（　　　　　　　　　　）型を希望している。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  （病院名）  （医師名）  　次の該当する項目にチェックしてください。  □身体障害者福祉法第１５条第１項の規定に基づき指定された医師  □指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医  □国立リハビリテーション学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講終了している医師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注１）高度難聴用には軽度・中等度難聴用を含む。