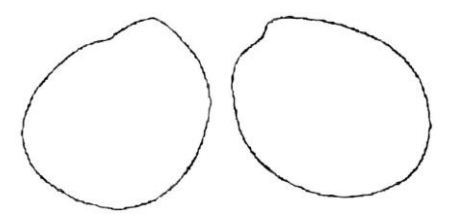


難聴児補聴器購入費助成金交付意見書 (オーディオメータ検査用)

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)																																																												
住 所																																																															
障害の種類	・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴																																																														
聴 力	右	dB	オーディオグラム 聴力検査 オーディオメータの型式 _____ <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">周波数 Hz</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">500</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">1000</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">2000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: right;">-20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">-10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 聴力レベル dB	周波数 Hz					500	1000	2000	-20				-10				0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
周波数 Hz																																																															
	500	1000		2000																																																											
-20																																																															
-10																																																															
0																																																															
10																																																															
20																																																															
30																																																															
40																																																															
50																																																															
60																																																															
70																																																															
80																																																															
90																																																															
100																																																															
	左	dB																																																													
	○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 (処 方)	○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) イヤモールド (要・否) (右・左) ○耳あな型 ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) ○骨導式 ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左) ○その他 ・ FM型受信機 (要・否) ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) (右・左) ・ オーディオシュー (要・否) (右・左)																																																														
	現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)																																																														
	補聴器使用効果見込み <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> { } </div>																																																														
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。 ※FM型受信機・FM型ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方した場合にはその医学的理由について記入してください。		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の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した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られた場合は2台交付することができる。 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 指定医療機関名 医師氏名																																																														
	印																																																														