|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **補聴器購入等助成事業　医師意見書**  様式第2-1号（第5条関係） | | | | | | |
| 対象児童名 | |  | | | 男 ・ 女 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　　所 | |  | | | | |
| 障害名 | | ・伝音性難聴　　・混合性難聴　　・感音性難聴 | | | | |
| 現在までの障害の状況（補聴器の装用効果、診断・治療の内容、経過） | | | | | | |
| 聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）  聴力※　　右　　　　　dB  　　　　　左　　　　　dB   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   500  1000  2000  Hz  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  110  dB   * 4分法平均聴力を記入してください。   ABR、ASSRなどの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載してください。  （備考） | | | | | | |
| 補聴器の種類（処方） | 名　　称 | | 個数 | 処方の理由  ＊耳かけ型以外の種類の場合は、理由を記載してください。 | | |
| ・耳かけ型  ・その他種類  （　　　　　　　　　　） | |  |  | | |
| イヤーモールド | |  |  | | |
| ・補聴援助システム  （　　　　　　　　　　） | |  |  | | |
| 上記のとおり意見する。  　年　　　月　　　日  医療機関の所在地  病院・医院名  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 | | | | | | |

１　意見書の記載は身体障害者福祉法第15条第１項の規定による指定医療機関の医師に限る。

２　この事業で助成する補聴器の機種は、特別な理由がある場合を除き、**原則「耳かけ型」**とする。

３　身体障がい者に該当する聴力の場合は、本意見書は適応されない。