|  |
| --- |
| **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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

50010002000Hz0102030405060708090100110dB* 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。