

様式第2号

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

注 1 2

該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。

氏名		生年月日		平成		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) オーディオメーターの形式 () 右…○、左…×								
	左	%										
聴力レベル ※会話音域の 平均聴力レベル	右	dB										
	左	dB										
補聴効果	右	有・無										
	左	有・無										
補聴器の処方	高度難聴用	ポケット型		0								
		耳かけ型		10								
	重度難聴用	ポケット型		20								
		耳かけ型		30								
	耳あな型	レディメイド		40								
		オーダーメイド		50								
骨導式	ポケット型		60									
	眼鏡型		70									
FM型加算				80								
装用耳	右・左・両方		90									
イヤモールド	要・不要		100									
上記で耳あな型または両耳装用とした場合			110									
			125	250	500	1000	2000	4000	8000	dB		
教育上 必要・不要			(左記の必要性の具体的理由)									
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。												
平成 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。												
<input type="checkbox"/> 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												
<input type="checkbox"/> 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												
<input type="checkbox"/> 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												
総合福祉相談所記入欄												