

様式第2号 (その1) (第5条関係)

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書(3歳未満)			
氏名		男・女	年 月 日生( 歳)
住所			
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝音性難聴</li> <li>・混合性難聴</li> <li>・感音性難聴</li> </ul>	ABR・ASSR 閾値 ( 年 月 日実施) 右      dB、左      dB ( 年 月 日実施) 右      dB、左      dB ( 年 月 日実施) 右      dB、左      dB	
補聴器の装用効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類(処方)	1. 補聴器の種類 耳かけ型・ポケット型 ・重度難聴用 (右・左) ・高度難聴用 (右・左) ・軽度・中等度難聴用 (右・左) イヤモード(要・否) 耳あな型(右・左) 骨導式 補聴システム その他(                      ) 2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無) 3. 使用効果見込み		OAE (TEOAE・OPOAE) 反応 有・無 ※直近の検査結果を添付してください。 C O R ( 年 月 日実施)
現在までの障害の状況(治療の内容、期間及び経過)・意見をご記入ください。			 ( 年 月 日実施)
耳鼻疾患の有無及び障害の状況			 ( 年 月 日実施)
※ ABR・ASSR 閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する値を、各々 a・b・c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。 ※ 検査結果は検査方法に○を、直近3回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。			
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ための法律第54条第2項に規定する指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に限る。 2 障害者の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳への片側装用を原則とし、教育、生活上等特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等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。		所在地	
年 月 日		医療機関名	
			医師氏名