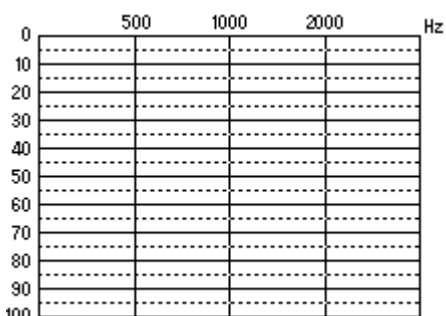
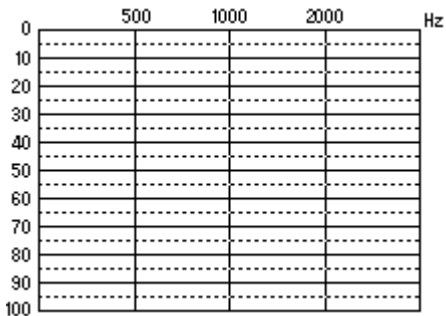
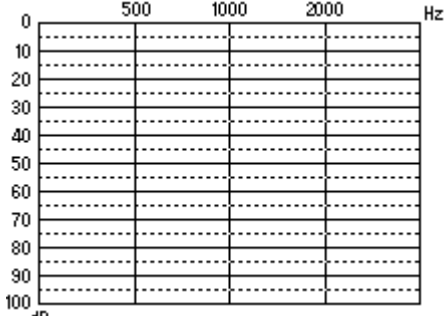



野田市難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(他覚的聴力検査用)

氏名			生年月日	年 月 日生(歳)	
住所					
障がいの種類	伝音性難聴 混合性難聴 感音性難聴		ABR・ASSR ^{しきい} 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 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) 骨導式 ベビー型 FM型受信機() FM型用ワイヤレスマイク オーディオシュー その他() 2 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 無) 左 (有 無) 3 使用効果の見込み 4 概算額		OAE (TEOAE・DPOAE) 反応 有 無 ※ 直近の検査結果を添付してください。 COR (年 月 日実施)		
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間及び経過)及び意見をご記入ください。 ※ FM型受信機、FM型用ワイヤレスマイク又は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ご記入ください。			(年 月 日実施)  (年 月 日実施)  (年 月 日実施) 		
耳鼻疾患の有無及び障がいの状況			※ ASSR閾値は、周波数500、1000、2000Hz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。		
注	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59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器は、装用の効果の高い側の耳への片側の装用を原則とする。ただし、教育、生活上等真に必要と認める場合は、両側の耳に装用することができる。 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。	年 月 日	所在地	医療機関名 (指定自立支援医療機関名)		医師氏名

