


野田市難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(自覚的聴力検査用)

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		※ 聴力は、500、1000、2000 周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a、b、c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。																																																																			
聴力 ※	右		dB																																																																			
	左		dB																																																																			
補聴器の装用効果	右	有 無	オーディオグラム 聴力検査 オーディオメーターの型式																																																																			
	左	有 無																																																																				
補聴器の種類 (処方)	1 補聴器の種類		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110				
		500				1000	2000	Hz																																																														
0																																																																						
10																																																																						
20																																																																						
30																																																																						
40																																																																						
50																																																																						
60																																																																						
70																																																																						
80																																																																						
90																																																																						
100																																																																						
110																																																																						
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 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()		※ 気導、骨導聴力をご記入ください。																																																																				
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																																																																						
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。			耳鼻疾患の有無及び障がいの状況 																																																																			
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																																																																						