

(表)

様式第2 (第6条関係)

軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成意見書

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日
障 害 名			
経過と 現在の症状			
現在の聴力レベル	右 d B	左	d B
補聴器の必要性	右 ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 )		左 ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 )
補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 高度難聴用耳掛け型 <input type="checkbox"/> その他 種類 _____ 理由 処方における特記事項		
その他参考と なる意見			
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名			
印			

(裏)

意見書記載に当たっての留意事項

1 意見書の記載は、原則、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耳鼻咽喉科医、または身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師(耳鼻咽喉科医)が記載してください。

2 軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める 18 歳未満の児童のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが 30dB 以上の場合となります。

3 聴力測定は純音オーディオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500、1,000、2,000 ヘルツの純音に対する聴力レベル (dB 値) をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値としてください。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

4 「処方における特記事項」について

補聴器の左右を記入してください。両耳装用の場合には、その理由と装用効果等を記載してください。交互装用の指示、イヤモールドの作成、骨伝導補聴器の必要性などはこの欄に記載してください。

5 「その他参考となる意見」について

無線通信機能を持った補聴器が必要な場合には、この欄に記入してください。その場合には、その理由と装用効果等を記載してください。