



習志野市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

氏名			年 月 日生(歳)																																																																	
住所																																																																				
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		※聴力は、500・1,000・2,000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																																																																		
補聴器装用効果	右	有 ・ 無	オーディオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式																																																																	
	左	有 ・ 無																																																																		
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 耳掛け型 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型受信器() FM型用ワイヤレスマイク オーディオチュー その他() 2. 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無) 3. 使用効果見込み 4. 概算額		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</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> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">dB ※気導・骨導聴力をご記入下さい。</td> </tr> </table>		500	1000	2000	Hz	10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110						dB ※気導・骨導聴力をご記入下さい。			
	500	1000	2000	Hz																																																																
10																																																																				
20																																																																				
30																																																																				
40																																																																				
50																																																																				
60																																																																				
70																																																																				
80																																																																				
90																																																																				
100																																																																				
110																																																																				
	dB ※気導・骨導聴力をご記入下さい。																																																																			
現在までの障害の状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入下さい。 ※FM型受信器・FM型用ワイヤレスマイク・オーディオチ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害の状況 <div style="text-align: center;">  </div>																																																																	
1 意見書の記載は障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は2台交付することができる。 3 障害者自立支援法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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 年 月 日 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医師氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>																																																																				