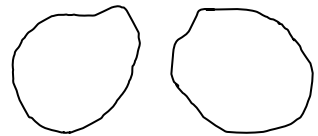


習志野市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書(ABR・ASSR・OAE・COR検査用)

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		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																																																													
補聴器装用効果	右	有・無	OAE(TEOAE・DPOAE)反応																																																													
	左	有・無	有・無 ※直近の検査結果を添付してください。																																																													
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類		COR ( 年 月 日実施)																																																													
	耳掛け型		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">Hz</td> </tr> <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> </table> dB ( 年 月 日実施)			500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100				
		500			1000	2000	Hz																																																									
	0																																																															
10																																																																
20																																																																
30																																																																
40																																																																
50																																																																
60																																																																
70																																																																
80																																																																
90																																																																
100																																																																
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. 使用効果見込み																																																																
4. 概算額																																																																
現在までの障害の状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。※FM型受信器・FM型用ワイヤレスマイク・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害の状況			※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。																																																													
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。																																																																
年 月 日	所在地	医療機関名		医師氏名																																																												