

様式第2号 (第5条関係)

宮古市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

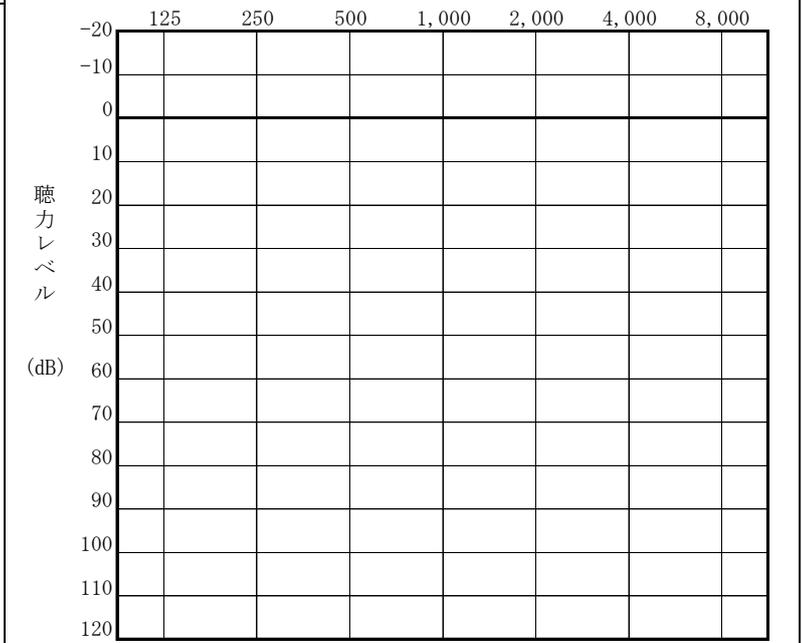
氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生(歳)

住所 _____

障がいの種類 伝音性難聴 混合性難聴 感音性難聴
 オーザーグラム [聴力検査 (CORを含む)]
 オーザーメーターの形式

聴力レベル (四分法) 右 _____ dB 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 左 _____ dB

- 補聴器の種類 (処方)
- 1 補聴器の種類
- ポケット型
 - 耳かけ型 軽度難聴用 (右・左)
 - 中等度難聴用 (右・左)
 - 高度難聴用 (右・左)
 - 重度難聴用 (右・左)
 - 耳あな型 レディメイド
 - オーダーメイド
 - イヤモード (要・否)
 - デジタル式補聴器 (要・否)
 - FM型受信機
 - オーディオシュー
 - FM型用ワイヤレスマイク
 - 骨導式 ポケット型
 - 眼鏡型
 - 平面レンズ (要・否) (右・左)
 - その他 ()
- 2 補聴器装用による補聴効果
- 良 ・ 可 ・ 効果なし

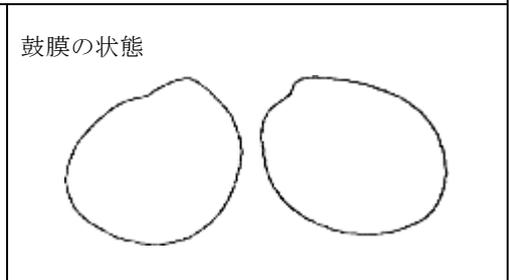


※ 気導・骨導聴力をご記入ください。

A B R 検査による閾値

(_____ 年 _____ 月 _____ 日 実施) 右 : _____ d B 左 : _____ d B
 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 実施) 右 : _____ d B 左 : _____ d B

現在までの障がいの状況 (治療の内容、期間、経過) ・ 意見をご記入下さい。
 ※両耳装用の場合及びFM型受信機、オーディオシュー又はFM型用ワイヤレスマイクを処方する場合は、その医学的理由についてご記入下さい。



- 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自立支援医療機関の医師に限る。
- 2 難聴児の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活上等において真に必要と認められた場合は両耳装用とすることができる。
- 3 対象は、両耳の聴力レベルが70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。
- 4 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。

上記のとおり補聴器装用の必要を認める。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地 _____
 医療機関名 _____
 医師氏名 _____ 印