## 軽度 • 中等度難聴児補聴器購入支援事業支給意見書

E	· 名					男女	(		)歳	年	月	日
信	主 所											
障がい名		聴 覚	障が	<i>\</i> \								
障	がい・疾病等 の状況	【難聴の原因となる障がい・疾病名】 □ 滲出性中耳炎 □ その他(疾病名 ) 【補聴器装用の効果の見込み】 □ 補聴器装用により言語習得等に一定の効果があると見込まれる。 □ その他										
聴力障害の状況・鼓膜所見	平均聴力 レベル	右 dB	耳 :	左 dB	耳		:	オージ	オメーク	タ形式	: 7	
	聴力検査の結果	検 -20	125 250		月 周波数 1000		000	4000	8000	相	語音明瞭	% %
その他の所見		120 L 【注】耳 願います。		器·骨導	拿補聴器	を処	方す		<b> </b>		所見を具体に	的に記入

## 必要とする補聴器

	<b>11</b>	右耳	□ポケット型(軽度・中等度難聴用) □耳かけ型(軽度・中等度難聴用) □耳あな型 (レディメイド)				□耳かけ型 FM 型 □耳あな型 (オーダーメイド)				
種類 •	型	左耳	□耳ス	かけ型(軽	(軽度・中等度 度・中等度難 レディメイ	□耳かけ型 I □耳あな型 ド)	FM 型 (オーダーメイ				
型 【注】耳あな型及びオーダーメイドの対象者は以下の理由に限ります。 <ul><li>●耳あな型は、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難で、真に必要な者</li></ul>							要な者				
装用耳											
	【両	耳装用、耳が	っけ型、	耳あな型、	、FM 型を必要	とする理	!由など】				
						□ポケット型					
	□骨導補聴器		□右耳 □左耳 □眼鏡型(平面レンズ□右 □左 □2								
			【注】		肺で 耳漏が	要) 変) い考	・ またけ外田道	 ઇ閉鎖症等を有する			
			者で、		师 ( 开加力	·相 U V ~日	、よたはバサル	国内政歴みを行うの			
				且つ、耳栓やイヤモールドの使用が困難な者が対象							
		□右耳		<ul><li>□外耳道</li><li>□その他</li></ul>		ごにより	ハウリングがテ	起こりやすい。			
イヤ モールド	□左耳		方 理		<u>.</u>						
		□不要	由								
使用効果の見込											
   上記のとおり意見します。											
	年月日:			年	月	日					
	医療機関名	ı :									
	所在地:										
	診療科名:										
	医師氏名:						印				
	Print A. H .						. 1.				

## 【記載に当たっての注意事項】

- 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又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定により知事が定める医師に限る。
- 2. 対象は、両耳の聴力レベルが原則 30 d B以上 70 d B未満で身体障害者手帳の交付の対象とならない者。ただし、医師が装用の必要を認めた場合は、30 d B未満であっても対象とする。