様式第２号（第５条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 難聴の原因と  なった疾病名 | 発生年月日　　　年　　月　　日  最終診察日　　　年　　月　　日 | | |
| 経過及び現象 | 注：補聴器を必要とする理由が明確となるよう記載してください。  現在の聴力レベル　　　　　右　　　ｄＢ・左　　　ｄＢ | | |
| 必要とする  補聴器の種類 | （　　　　　　　　　　　　　　　）型補聴器 | | |
| ※ここからは、両耳装用を必要とする場合のみ記入 | | | |
| 両耳装用を  必要とする場合 | 両耳装用を必要とする理由（片耳装用では、十分な効果が得られない理由）  両耳装用経験（　有（　　年　　月～　　年　　月）・　無　）  　　　　　　（　自費　・　その他　） | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名 | | | |

※該当するものを○で囲み、必要事項をご記入ください。

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30㏈以上の場合となります。

３　聴力測定は純音オージ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（㏈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。

　a+2b+c/4