

軽度・中等度難聴児補聴器購入助成 医師意見書

(原則30～70dB)

対象児氏名		男・女	生年月日	平成	年	月	日生	歳
住所	Tel: - -							
医学的所見	原傷病名	(発生 年 月 日)						
	障害原因	先天性・後天性(外傷・交通・疾病・その他)						
	聴覚障害の状況					1 鼓膜の状況 2 平均聴力レベル 右 d B 左 d B 3 その他(※)		
		(※「3」については、標準聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、DPOAE等の検査結果を記載すること。)						
補聴器の処方内容	聴覚障害に関し、身体障害者手帳の交付基準に、		<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない					
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付(前回交付 年 月 日)					
	補聴器の名称等	補聴器の種類			装用耳	イヤモード		
		<input type="checkbox"/> 高度(軽度・中等度)難聴用 [<input type="checkbox"/> ポケット型 ・ <input type="checkbox"/> 耳かけ型]			右	要・否		
		<input type="checkbox"/> 上記以外の補聴器 []			左	要・否		
補聴器の処方内容	※特に、「両耳装用」の場合や「高度(軽度・中等度)難聴用」以外の処方では、その必要性、本助成制度への適合、医学的適応等をより具体的に記載すること。							
イヤモードの必要性								
処方効果								
※意見書の作成者は、聴覚障害に関し、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。								
意見書作成年月日				年 月 日				
所在地								
医療機関名								
医師氏名				印				