

大川市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書

氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	TEL _____		
①原因疾病名 (病名)			
②疾病発生年月日	年 月 日		
③経過及び現症			
④新生児聴覚検査の結果	実施・未実施・不明	A A B R ・ D P O A E	両Pass・両refer 片refer (右・左)
⑤補聴器の種類 及び商品名等 ※処方する補聴器の該当 箇所に○	①補聴器の種類	軽度・中等度難聴用ポケット型	耳あな型 (レディメイド)
		軽度・中等度難聴用耳かけ型	耳あな型 (オーダーメイド)
		高度難聴用ポケット型	骨導式ポケット型
		高度難聴用耳かけ型	骨導式眼鏡型
		重度難聴用耳ポケット型	
	重度難聴用耳かけ型		
	② 装用耳	右耳	左耳
③ イヤモールド	要	不要	
④ その他商品 (型式名等)			
⑥補聴器の必要性			
⑦使用効果見込み等 評価所見			
⑧その他参考とな る合併症			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 医療機関住所 診療科名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 (自署)</p>			

※本意見書を作成することができるのは、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師（聴覚障害）又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項に規定する医療を行う機関（耳鼻咽喉科を担当する医療機関に限る）において、当該医療を主として担当する医師のみです。

※この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。

1. 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右	<input type="text"/> dB
左	<input type="text"/> dB



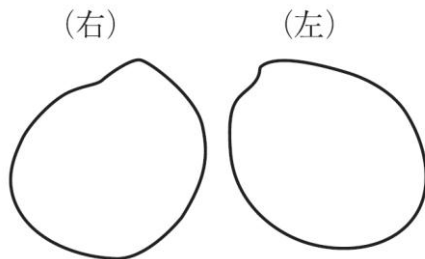
【助成条件】両耳の聴力レベルがそれぞれ
30 dB以上70dB未満であること

助成条件を満たしていないが、補聴器を給付する必要があると判断される場合、その理由を記入。

2. 障害の種類（該当種類に○）

<input type="checkbox"/>	伝音性難聴
<input type="checkbox"/>	感音性難聴
<input type="checkbox"/>	混合性難聴

3. 鼓膜の状態



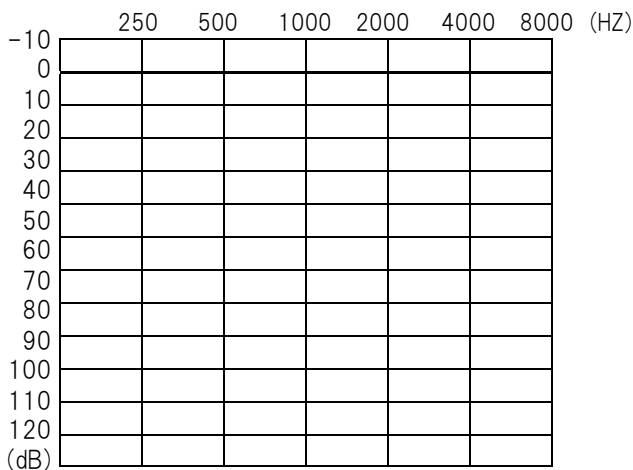
4. 聴力検査の結果

ア 純音・震音による検査

- 検査方法
 - ・BOA（聴性行動反応聴力検査）
 - ・COR（条件詮索反応聴力検査）
 - ・Play-audio（遊戯聴力検査）
 - ・PTA（標準純音聴力検査）

● オーディオメーターの型式（ ）

イ 他覚的検査（参考）
ABR・DPOAE等の検査結果を
記入してください。



※可能な場合、骨導閾値も記入してください。

dB()