

読谷村軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

フリガナ				
氏名	年 月 日 ( ) 歳			
住所				
傷病名	<small>※障害者の日常生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊疾病（難病）に該当（<input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない）</small>			
傷病等の状況	<p>【傷病の状況】</p> <p>【補聴器装用の効果の見込み】</p> <p><input type="checkbox"/>補聴器装用により言語習得や学業等に一定の効果があると見込まれる。</p> <p><input type="checkbox"/>その他 [ ]</p>			
聴力障害の状況・鼓膜所見	平均聴力レベル	右耳： dB	左耳： dB	オーディオメーター形式： 検者 ( ) 気導 右：○ 左：× 骨導 右：[ 左：]
	聴力検査の結果	<p>【検査日： 年 月 日】</p> <p>最高語音明瞭度</p> <p>右耳 % dB</p> <p>左耳 % dB</p> <p>鼓膜所見</p> <p>右 耳 (略)正常 異常</p> <p>左 耳 (略)正常 異常</p> <p>今回の調査結果は 聴覚障害 ( ) 級相当・非該当</p>		
その他所見	<p>【注】耳あな型補聴器・骨導式補聴器・補聴補助システム・特例補装具を処方する場合、必要性等を具体的に記入願います。</p>			

必要とする補聴器		
補聴器処方	装用耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳
	種類	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型（レディメイド） <input type="checkbox"/> 耳あな型（オーダーメイド） <input type="checkbox"/> 補聴補助システム <input type="checkbox"/> 特例補装具
	<b>【注】</b> 耳あな型の対象者は以下の理由に限ります。 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。また、オーダーメイドについては傷病の状況・耳の形状等によりレディメイドでの対応が不可能な者。 （処方の詳細、処方理由等）	
	<b>【注】</b> 処方する補聴器の詳細や必要とする理由等を記入してください。 ※特に、耳あな型（レディメイド・オーダーメイド）・補聴補助システム・特例補装具を処方する場合はそれではなければならない理由を詳細に記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 骨導式補聴器	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型（平面レンズ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不要）
イヤモールド	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 不要	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などによりハウリングが起こりやすい。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
使用効果の見込		
上記のとおり意見します。 年        月        日 医療機関の所在地： 医療機関名： 診療科名： 医師氏名：		
<b>【記載に当たっての注意事項】</b> 1 意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項の知事の指定する医師に限る。 2 対象は、いずれかの耳または両耳の聴力レベルが30デシベル以上で身体障害者手帳の交付の対象とならない者であり、補聴器を装用することにより言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断するもの。		

※□のある欄は、該当する□内に✓印を記入してください。