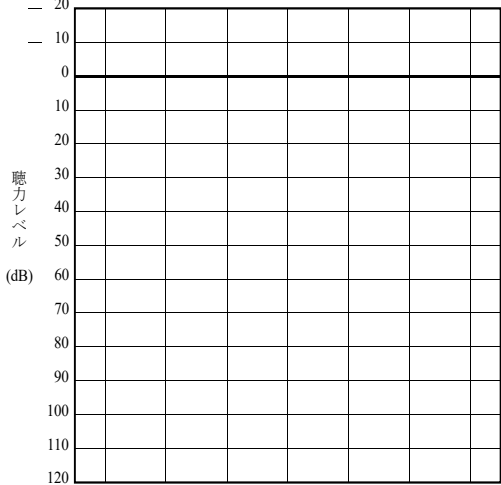
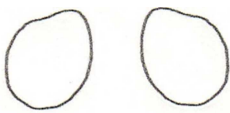


内灘町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成意見書			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
障害名			
聴力レベル (四分法)	右 d B	オーディオグラム〔聴力検査（CORを含む）〕 オーディオメーターの形式 _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 周波数 (Hz) 125 250 500 1,000 2,000 4,000 8,000 	
	左 d B		
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 軽度難聴用（右・左） <input type="checkbox"/> 中等度難聴用（右・左） <input type="checkbox"/> 高度難聴用（右・左） <input type="checkbox"/> 重度難聴用（右・左） <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> イヤモールド（要・否） <input type="checkbox"/> 骨導式 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 2. 補聴器装用による補聴効果 良 ・ 可 ・ 効果なし		
現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。 なお、両耳装用が必要な場合は、その理由をご記入ください。		鼓膜の状態 	
1 意見書の記載は身体障害者福祉法第15条第1項の知事が定める医師に限る。 2 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活等において真に必要と認めた場合は両耳装用とし2台とすることができる。 3 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。 4 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に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。			
上記の通り補聴器装用の必要を認める。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名			

※気導・骨導聴力をご記入下さい。

ABR検査による閾値
 (年 月 日実施) 右: dB 左: dB
 (年 月 日実施) 右: dB 左: dB