

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（ABR・ASSR 検査用）			
氏 名		男 ・ 女	年 月 日生（ 歳）
住 所			
障害の種類	・ 感 音 難 聴 ・ 伝 音 難 聴 ・ 混 合 性 難 聴	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB OAE (TEOAE・OPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。	
補聴器の種類 (処 方)	○耳 かけ 型 ・ 重 度 難 聴 用 (右・左) ・ 高 度 難 聴 用 (右・左) ・ 軽 度 ・ 中 等 度 難 聴 用 (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左)	COR (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 聴力レベル dB 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 聴力レベル dB 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 聴力レベル dB 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
	○耳 あ な 型 ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左)		
	○骨 導 式 ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼 鏡 型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左)		
	○軟骨伝導式 (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ※軟骨伝導型は、上記にある他の補聴器のい ずれにおいても補聴効果が期待できず、かつ本人 に間違いなく適合する場合に限り対象です。		
	○そ の 他 ・ 受信機 (要・否) ・ ワイヤレスマイク (要・否) (右・左) ・ オーディオチュー (要・否) (右・左)		
現在までの補聴器 装用の有無	右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)		
補聴器使用による 効果見込み			
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。	※受信機・ワイヤレスマイク・オーディオチューを処 方した場合にはその医学的理由についてご記入くだ さい。		
耳鼻疾患の有無 及び障害の状況			※ABR・ASSR 閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対 する値を、各々a・b・c とし、(a+2b+c)／4 により算出してくだ さい。 ※検査結果は検査方法に○を、直近 3 回の検査結果を時系列で 検査年月日及び結果を記入してください。
1 意見書の記載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 5 9 条第 1 項の規定による指定自立支 援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は 2 台 交付することができる。 3 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。 上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 指定医療機関名 医師氏名(自署)			