難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（ｵｰｼﾞｵﾒｰﾀ検査用）

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

聴　　力

右	dB
左	dB

○聴力は、500・1,000・2,000 周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a・b・c とし、(a＋2b＋c)／4 により算出してください。

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）

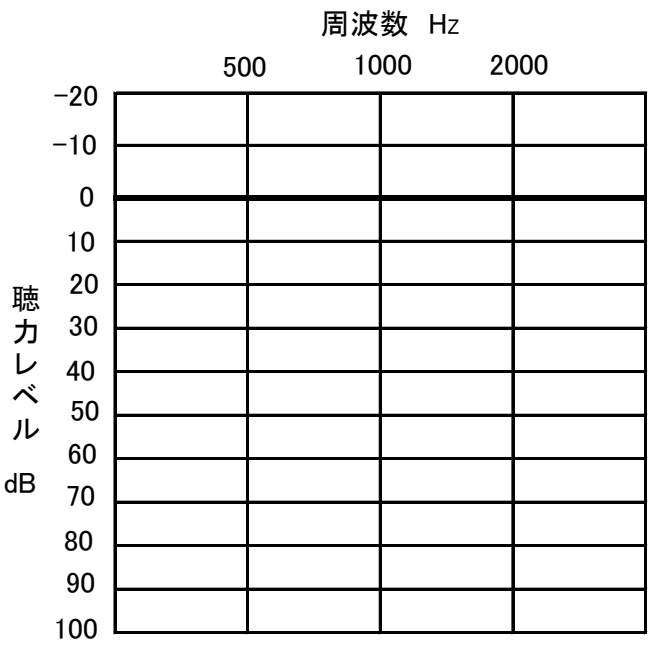
○耳あな型
- レディメイド（右・左）
  イヤモールド（要・否）（右・左）
- オーダーメイド（右・左）

○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）
- ｵｰﾃﾞｨｵｼｭｰ（要・否）（右・左）

オージオグラム
聴力検査
オージオメータの型式 ＿＿＿＿＿＿＿＿



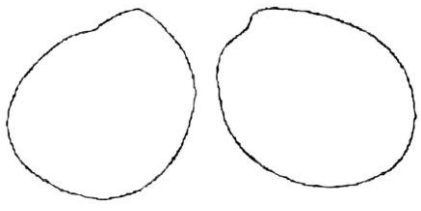
気導・骨導聴力をご記入下さい。

現在までの補聴器装用の有無
右（有・無）
左（有・無）

補聴器使用効果見込み

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・オーディオシ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



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法律第５９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)