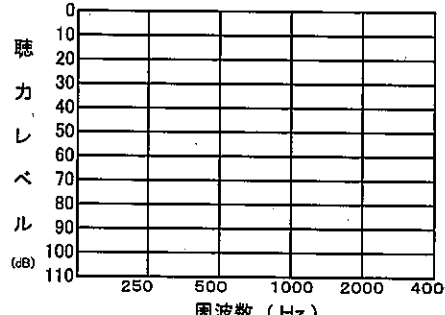
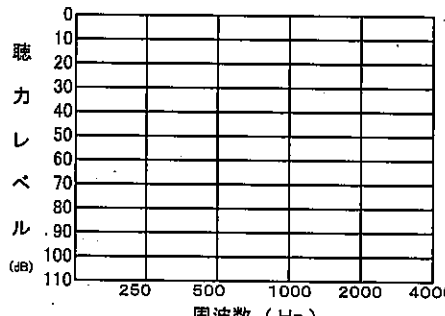
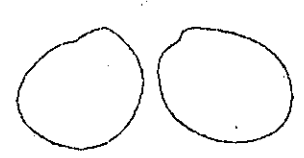
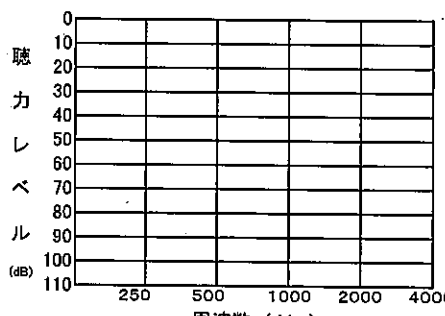


難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(6歳未満)

氏名		男・女	年 月 日生(歳)
住所			
障がいの種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 伝音性難聴 ・ 混合性難聴 ・ 感音性難聴 	ABR・ASSR閾値 (年 月 日 ABR・ASSR) 右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
補聴器の装用効果	右	有・無	(年 月 日 ABR・ASSR) 右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
	左	有・無	(年 月 日 ABR・ASSR) 右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 その他の型式() 理由 		(年 月 日 ABR・ASSR) 右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印 COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施) 右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
	装用耳(右・左・両) イヤーモールド(要・不要) 2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無)		COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施) 右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。			
耳鼻疾患の有無及び障がいの状況			COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施) 右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
1 意見書の記載は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。 2 障害者自立支援法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 医療機関名 医師氏名 印			

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・〇〇市(町・村)内に住所を有していること。
- ・両耳の聴力レベルが30dB以上で身体障害者手帳の交付対象とならないこと。
- ・補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

補聴器の種類(処方)

重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

- ・重度難聴用:90dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・高度難聴用:70dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・軽・中等度難聴用:40～70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳掛け型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

- (1)中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2)その他、留意すべき事項もこの欄に御記入ください。

検査結果

- (1)補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- (2)ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- (3)ASSR閾値は、周波数 500、1,000、2,000、4,000Hz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。
- (4)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。
- (5)3回の検査の間隔は、最低でも1ヶ月空けてください。

※不明な点は住所を有している市町村にお問い合わせください。