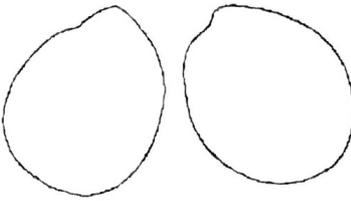


(表 面)

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書																																																								
氏 名		男・女	平成	年 月 日生(歳)																																																				
住 所		疾 病 名																																																						
障害種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴																																																							
補聴器テスト	右 1有効 2無効 3その他()		左 1有効 2無効 3その他()																																																					
現在までの補聴器装用の有無 右 (有・無) 左 (有・無)																																																								
オーディオグラム【聴力検査(COR含む)】		聴力レベル(4分法)																																																						
<table border="1"><tr><td>dB</td><td>dB</td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000 Hz</td></tr></table>		dB	dB			10				20				30				40				50				60				70				80				90				100				110					500	1000	2000 Hz	右 ○ _____ dB 左 × _____ dB (オーディオメーター記録紙添付) オーディオメーター機種 _____		
dB	dB																																																							
10																																																								
20																																																								
30																																																								
40																																																								
50																																																								
60																																																								
70																																																								
80																																																								
90																																																								
100																																																								
110																																																								
	500	1000	2000 Hz																																																					
【語音による検査】		【ABR/ASSR閾値】																																																						
最良語音明瞭度		(年 月 日 ABR・ASSR)																																																						
右 _____ dB _____ %		右 _____ dB 左 _____ dB																																																						
左 _____ dB _____ %		鼓膜の状況 (右) (左)																																																						
																																																								
処方 (補聴器の種類・付属品)	補聴器の種類等	装用耳		処方の理由 <small>【耳あな型(必要性・使用効果等)及びイヤーマールド(身体障害の状況等)が必要な場合は、理由を御記入ください。】</small>																																																				
		右	左																																																					
	耳かけ型																																																							
	その他種類 ()																																																							
	イヤーマールド																																																							
現在までの障害の状況(治療の内容, 期間, 経過)・意見を御記入ください。																																																								
1 意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科学会が認定した精密聴力検査機関の専門医であり、また、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等の定める医師に限る。																																																								
2 言語を獲得するためなど両耳装用が有効である場合は、両耳用として2個同時支給できる。																																																								
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。																																																								
平成 年 月 日 医療機関名																																																								
所在地																																																								
15条指定医師名 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。

(裏面)

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書の検査結果作成上の留意点

- 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
 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。