

（ 表 面 ）

堺市難聴児特別補聴器等購入費等支給意見書

1 児童の 氏名等	住 所																																																		
	氏 名		生年月日	年 月 日	(歳)																																														
2 原傷病名																																																			
3 平均聴力	右 耳	デシベル		左 耳	デシベル																																														
	*特別補聴器等購入費等の支給条件：両耳の聴力レベルが30デシベル以上で身体障害者手帳の対象とならない難聴児です。																																																		
4 障害の 状況等	(障害の状況)																																																		
5 聴力検査	聴力検査実施日 年 月 日																																																		
	オーディオグラム	オーディオメーターの形式																																																	
		<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						500	1000	2000	Hz	40					50					60					70					80					90					100					110				
			500	1000	2000	Hz																																													
40																																																			
50																																																			
60																																																			
70																																																			
80																																																			
90																																																			
100																																																			
110																																																			
dB																																																			
*オーディオグラムによる検査が不可能な場合は、その理由と他の方法(ABR等)を記載し、検査結果表を添付してください。(上記の3(平均聴力)及び4(障害状況等)は記載してください。)																																																			
その他検査		(検査方法)	(理由)																																																
6 補聴器の 処方	<input type="checkbox"/> 耳かけ型 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳)		} イヤーモールドの処方 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> ポケット型 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳)																																															
	<input type="checkbox"/> 耳あな型 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳)			<input type="checkbox"/> 骨導式 (<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 <input type="checkbox"/> カチューシャ型 <input type="checkbox"/> その他 ())																																															
	<input type="checkbox"/> 骨導式 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳)			骨導式が必要な場合は、その理由を記載してください。																																															

(裏 面)

7 検査日（この診断書の記載に必要な検査日）	年 月 日 年 月 日
<p>*この意見書の作成者は、次のいずれかの医師です。（該当する口欄に✓をしてください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 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 59 条第 1 項に規定する自立支援医療機関のうち耳鼻咽喉科に関する医療を行うものとして指定を受けている医療機関の医師</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する指定医師（耳鼻咽喉科）</p>	
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p>	