

（ 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 聞こえ、日常生活の状況（様子）等	（聞こえ、日常生活の状況）																																														
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"> <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																																															
その他の検査	*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（聞こえ、日常生活の状況（様子）等）は記載してください。）																																														
	（検査方法）		（理由）																																												

気導聴力  
右 ○—○  
左 ×—×

骨導聴力  
右 [   
左 ]

裏面に続く

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"/> その他 (      ) ) ( <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 )		
<input type="checkbox"/> 軟骨伝導 ( <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 )		
<p>* 両側性小耳症・両側外耳道閉鎖症以外の傷病で骨導式が必要な場合は、その理由（耳かけ型、ポケット型、耳あな型では対応できない理由等）を記載してください。</p> <p>* 両側性小耳症・両側外耳道閉鎖症で軟骨伝導又は骨導式が必要な場合は、下記の傷病名に○印を付け、その理由（他の補聴器では対応できない理由等）を記載してください。 傷病名（ 両側性小耳症 ・ 両側外耳道閉鎖症 ）</p> <p>(注意)</p> <p>・骨導式については、両側性小耳症・両側外耳道閉鎖症がこれら以外で基準額が異なります。</p> <p>・軟骨伝導については、両側性小耳症・両側外耳道閉鎖症以外の傷病の場合は対象となりません。</p>		
(記載欄が不足する場合は別紙添付も可)		
7 検査名（聴力検査は除く）と 検査日（この意見書の記載に 必要な検査日）	検査名： (      年      月      日 )	
	検査名： (      年      月      日 )	
	検査名： (      年      月      日 )	
<p>*この意見書の作成者は、次のいずれかの耳鼻咽喉科の医師です。（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</p>		
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		