様式第２号（第６条関係）

那珂川市軽度・中等度難聴児補聴器処方医師意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日生  （　　　歳） | |
| 住　所 | |  | | | | | |
| 障がい名 | |  | | | | | |
| 疾患名 | |  | | | | | |
| 現　症（耳鼻疾患の有無・障がいの状況・耳漏の有無等） | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |   dB  0  20  40  60  80  100  120  1 鼓膜の状況  2平均聴力レベル  　右　　　dB  　左　　　dB  3 その他（※）  125 250 500 1000 2000 4000 8000 　Hz  聴力レべル  （※「３」については、標準聴力検査の結果によらない場合、  ABR、ASSR、DPOAE等の検査結果を記載すること。） | | | | | | | |
| 聴覚障がいに関し、身体障害者手帳の交付基準に、　□　該当する　　□　該当しない | | | | | | | |
| 補聴器の名称等 | □　新　規　　□　再交付（前回交付　　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | |
| 補聴器の種類 | | | | 装用耳 | | イヤモールド |
| * 高度（軽度・中等度）難聴用   （□　ポケット型・□　耳かけ型） | | | | 右 | | 要　・　否 |
| 左 | | 要　・　否 |
| * 上記以外の補聴器   （　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 右 | | 要　・　否 |
| 左 | | 要　・　否 |
| 補聴器の処方内容 | ※特に「両耳装用」の場合や「高度（軽度・中等度）難聴用」以外の処方では、その必要性、本助成制度への適合、医学的適応等をより具体的に記載すること。 | | | | | | |
| ｲﾔﾓｰﾙﾄﾞ  の必要性 |  | | | | | | |
| 処方効果 |  | | | | | | |
| ※意見書の作成者は、聴覚障害に関し、身体障害者福祉法第15条1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。  　　　　　　年　　　月　　　日  所在地  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |