

※購入の場合に提出(医師が記入)

様式第2号(第4条関係)

補聴器交付意見書

※自立支援医療機関(更生医療・育成医療)の医師又は身体障害者手帳指定医(いずれも耳鼻咽喉科)が記入

1. 児童の 氏名等	住 所																																																	
	氏 名		生 年 月 日	平 成 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																																													
	※補聴器交付事業の交付条件：両耳の聴力レベルが30デシベル以上60デシベル未満で、身体障害者手帳及び大阪府難聴児補聴器交付事業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 平成 年 月 日			6. 補聴器の処方																																														
	オーディオグラム	オーディオメーターの形式 _____				<input type="checkbox"/> ポケット型																																												
		<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																																																		
<input type="checkbox"/> 耳かけ型																																																		
<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																																																		
7. イヤーモールドの処方																																																		
<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要																																																		
8. 検査日(この診断書記載に必要な検査日)																																																		
平成 年 月 日																																																		
平成 年 月 日																																																		
その他検査	*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。)																																																	
	(検査方法)		(理由)																																															

※この意見書の作成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。)

更生医療または育成医療を行うとして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54条第2項の規定による指定を受けた自立支援医療機関の医師(耳鼻咽喉科)

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師(耳鼻咽喉科)

上記のとおり意見する。

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

(印)