

## 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書（千葉市）

氏名			男・女	年月日生(歳)	
住所					
障害の種類	・伝音性難聴・混合性難聴 ・感音性難聴		ABR・ASSR閾値 (年月日実施)右 dB、左 dB (年月日実施)右 dB、左 dB (年月日実施)右 dB、左 dB		
補聴器の装用効果	右	有・無	OAE (TEOAE・DPOAE) 反応 有・無 ※直近の検査結果を添付して下さい。		
	左	有・無	COR (年月日実施)		
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 耳かけ型・ポケット型 ー 重度難聴用 (右・左) ー 高度難聴用 (右・左) ー 軽度・中等度難聴用 (右・左)				
	イヤモールド(要・否) (右・左) 骨導式 ( ) ベビー型 受信機 ( ) ワイヤレスマイク オーディオシュー その他 ( )				
	2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無) 3. 使用効果見込み				
現在までの障害の状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入下さい。 ※受信機・ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方した場合にはその医学的理由についてご記入ください。					
耳鼻疾患の有無及び障害の状況					
<p>※ASSR閾値は、周波数500・1,000・2,000Hzの音に対する値を、各々a・b・cとし、(a+2b+c)/4により算出してください。</p> <p>※検査結果は検査方法に○を、直近3回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。</p>					
<p>1 意見書の記載は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項の規定による指定医療機関の医師及び千葉市療育センター内の療育相談所に置く診療室の医師に限る。</p> <p>2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は両側装用とすることができる。</p> <p>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よう取り扱うこととする。</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	(※)		
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					