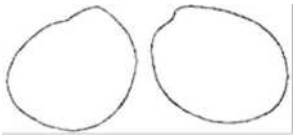
様式第３号（第６条交付申請）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業　医師意見書

氏　　名		男 ・ 女	年　　月　　日生（　　歳）
住　　所			

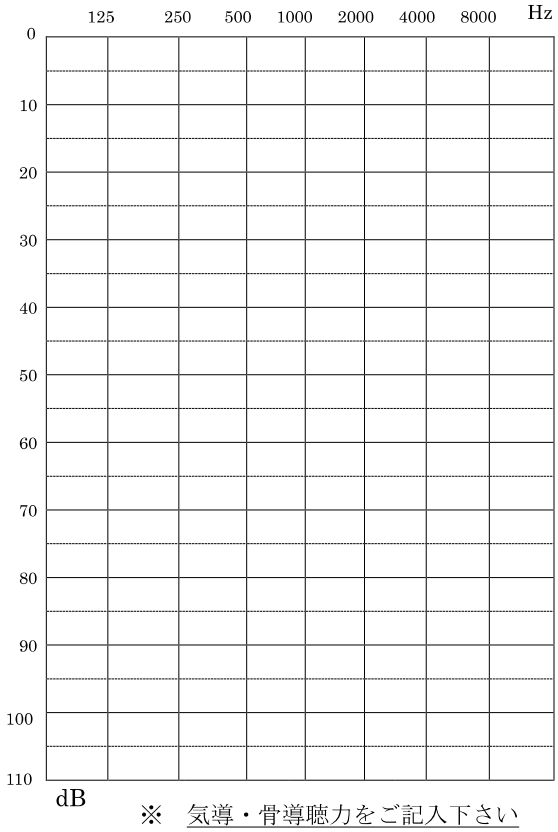
診断名	
障害の種類	・伝 音 難 聴　・混 合 難 聴 ・感 音 難 聴
鼓膜の状態	
補聴器の種類（処　　方）	耳かけ型 ┌ 重 度 難 聴 用　（右・左） └ 高 度 難 聴 用　（右・左） ポケット型 ┌ 重 度 難 聴 用　（右・左） └ 高 度 難 聴 用　（右・左） 骨導式（ポケット型・眼鏡型）（右・左） 耳あな型（レディメイド・オーダーメイド）（右・左） イヤモールド（右・左） FM 補聴システム（FM 型受信機）（右・左） （FM 型ﾜｲﾔﾚｽﾏｲｸ（送信機）） ※４分法平均聴力を記入してください。
現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。	
補聴器を必要とする理由および具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど） ※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用、耳あな型補聴器やイヤモールドが必要な理由等をご記入ください。	

	右耳	左耳
聴力レベル	ｄＢ	ｄＢ

聴力検査の種類
（COR・プレイオージオメトリー・純音聴力検査）

オージオメータの型式 ＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日（平成　　年　　月　　日）



※　気導・骨導聴力をご記入下さい

ABR、ASSR などの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載して下さい。

【備考】

１　意見書の記載は県が実施する新生児聴覚検査事業における精密検査機関に属する医師に限る。
２　難聴児の補聴器の交付は、教育・生活上等真に必要と認めた場合、両耳装用として２台交付することができる。
３　当該児は、障害者総合支援法に基づく支給等に該当する場合、そちらを優先することとする。
４　医師が氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

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　　印