別紙様式2

難聴児補聴器購入費補助事業医師意見書

対象児童名		男 ・ 女	年　月　日生（　　歳）
住　所			
障 害 名	・伝音性難聴　・混合性難聴　・感音性難聴		

現在までの障害の状況（診断・治療の内容、経過等）

聴力※ 右　　dB

左　　dB

※ 4分法平均聴力を記入して下さい。
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ください。

（備考）

聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110 dB				

補聴器の種類（処方）	名　称（いずれかに〇をして下さい）	
	軽度・中等度難聴用　ポケット型	右・左・両 方
	軽度・中等度難聴用　耳掛け型	右・左・両 方
	高度難聴用　ポケット型	右・左・両 方
	高度難聴用　耳掛け型	右・左・両 方
	重度難聴用　ポケット型	右・左・両 方
	重度難聴用　耳掛け型	右・左・両 方
	耳あな型（レディメイド）	右・左・両 方
	耳あな型（オーダーメイド）	右・左・両 方
	骨導式ポケット型	右・左・両 方
	骨導式眼鏡型	右・左・両 方
	イヤモールド	右・左・両 方

処方する医学的理由、装用効果見込み

上記のとおり意見する。

年　月　日

医療機関の所在地
病院・医院名
医師氏名　　印

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54条第2項に規定する指定自立支援医療機関の医師に限る。

2　身体障害者手帳の交付対象に該当する聴力の場合は、本意見書は適用されない。