

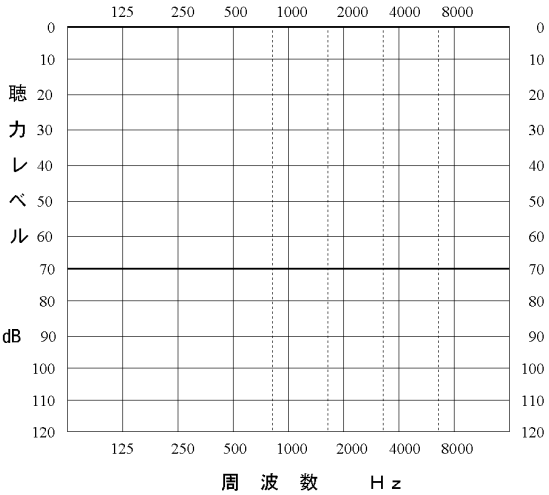
中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

助成対象 児童氏名		年 月 日生 (歳)
住 所	東京都墨田区	
疾病名		

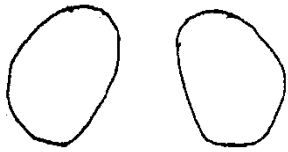
1 難聴の状況及び所見

①難聴の種類 (該当欄に○を付けてください。)

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		



②鼓膜所見・その他



③聴力検査の結果

☐ 聴力 (平均聴力レベル)

右	d B
左	d B

☐ 話言葉による了解度

		右		左	
大声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	40cm 離れて	了	非	了	非

☐ 最良語音明瞭度 (%)

2 必要と認める補聴器等

(該当欄に○を付けてください。)

装用 耳	中等度～高度難聴用 聴力レベル 90db 未満		重度難聴用 聴力レベル 90db 以上		耳あな型		骨導式		イヤ モールド	専門的知識・ 技能を有する 者による調整	補聴システム		
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型	レディ メイト	オーダー メイト	ポケット型	眼鏡型			リプレイ マイク	受信機	オーディオ ショー
右													
左													

3 使用効果見込み・適応理由

(注) 使用効果の見込みについて意見を付してください。両耳装用を必要とする場合、耳あな型・骨導式の補聴器を適応する場合又は専門的知識・技能を有する者による調整を必要とする場合は、その理由を明記し、比較検査結果を添付してください。また、補聴システムを必要とする場合は、その理由を明記してください。

以上のとおり、補聴器の支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当科
指定医師名

中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成における留意点

1 難聴の種類

必ず○をつけてください。

2 オーディオグラム

オーディオグラムは病院でお使いの用紙を添付されてもかまいません。

3 使用効果見込み・適応理由

(1) 使用効果見込みには、補装具装着により、「言語の習得等の一定の効果及びコミュニケーション能力の向上を期待することができること」、両耳を希望する場合は「両耳の装用が教育上必要であること」も加えて明記してください。

(2) 両耳装用を必要とする場合、耳あな型・骨導式の補聴器を適応する場合又は専門的知識・技能を有する者による調整を必要とする場合は、その理由を明記し、比較検査結果を添付してください。また、補聴システムを必要とする場合は、その理由を明記してください。

4 その他

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師が作成してください。

指定医に関する問い合わせは下記担当宛までご連絡ください。

問合せ・申請先

墨田区 福祉保健部 障害者福祉課 障害者相談係

〒130-8640

墨田区吾妻橋1-23-20

(TEL) 03-5608-6166 (直通)

(FAX) 03-5608-6423