第２号様式

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 ｄＢ | | | | | | | □ 話言葉による了解度 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 ｄＢ | | | | | | |
| □ 最良語音明瞭度  　　 （　　　　　　　％） | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | 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 |
| 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  聴力ﾚﾍﾞﾙ  90db未満 | | | 重度難聴用  聴力ﾚﾍﾞﾙ  90db以上 | | | 耳あな型 | | | | 骨導式 | | | | | ｲﾔ  ﾓｰﾙﾄﾞ | 専門的知識・技能を有する者による調整 | | 補聴ｼｽﾃﾑ | | |  |
|  | ﾎﾟｹｯﾄ型 | | 耳かけ型 | ﾎﾟｹｯﾄ型 | 耳かけ型 | | ﾚﾃﾞｨ  ﾒｲﾄﾞ | ｵｰﾀﾞｰ  ﾒｲﾄﾞ | | | ﾎﾟｹｯﾄ型 | | | | 眼鏡型 | ﾜｲﾔﾚｽ  ﾏｲｸ | 受信機 | ｵｰﾃﾞｨｵ  ｼｭｰ |  |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（Ａ４）

**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　オージオグラム

オージ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