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