

中野市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成に関する意見書

氏名			年 月 日生(歳)
住所			
障害の種類	・伝音難聴 ・ 混合性難聴 ・感音難聴	オーディオグラム 聴力検査 (CORを含む) オーディオメーターの形式 _____	
診断名			
聴力 (四分法)	右		dB
	左		dB
補聴器の種類 (処方)	1 補聴器の装用耳 右・左・両耳 2 補聴器の種類 耳かけ型 イヤーマールド(要・否) 骨導式 その他() メーカー名： 機種名： 概算額： その他特記事項 3 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無) 4 使用効果見込み		<p>*気道・骨導聴力をご記入下さい。 *装用下閾値(音場)も記入 *ASSRによる推定閾値(四分法) (年 月 日実施) 右： 左： (年 月 日実施) 右： 左：</p>
	現在までの障害状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入下さい。		耳鼻疾患の有無及び障害の状況
1 意見書の記載は一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が認定した精密聴力検査機関の専門医に限る。 2 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活等真に必要なと認めた場合は2台とすることができる。 3 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に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。			
上記のとおり		装用の必要性が認められます。	
年 月 日		所在地 医療機関名 医師名	