様式第２号（第６条関係）

国頭村軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | 男・女 | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 氏　名 | |  | |
| 住　所 | |  | | | | | |
| 障害名 | |  | | | | | |
| 障害・疾病等の状況 | | 【難聴の原因となる障害、疾病名】  【補聴器装用の効果の見込み】  □補聴器装用により言語取得や学業等に一定の効果があると見込まれる。  □その他 | | | | | |
| 聴力障害の状況・鼓膜所見 | 平均聴力  レベル | 右耳：  dB | 左耳：  dB | オージオメーター形式： | | | |
| 聴力検査  の結果 | 【検査日：　　　年　　　月　　　日】 | | | | 最高語音明瞭度：  右耳：　　　　　％  左耳：　　　　　％ | |
|  | | | |
| 鼓膜所見 | |
| 右耳 | 略正常　異常 |
| 左耳 | 略正常　異常 |
| その他所見 | | 【注】耳あな型補聴器・骨導補聴器を処方する場合、外耳道・耳介の所見を具体的に記入願います。 | | | | | |

※【裏面も記入願います。】

必要とする補聴器

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補聴器処方 | 装用耳 | 右耳　・　左耳　・　両耳 | | |
| 型 | □軽度・中等度難聴用ポケット型  □軽度・中等度難聴用耳かけ型  □高度難聴用ポケット型  □高度難聴用耳かけ型  □重度難聴用ポケット型  □重度難聴用耳かけ型  □耳あな型（レディメイド）  □耳あな型（オーダーメイド）  □耳あな型ＦＭ型 | | |
| 【注】耳あな型及びオーダーメイドの対象者は以下の理由に限ります。  ●耳あな型は、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難で、真に必要な者  ●オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等のため、レディメイドでは対応不可能な者 | | | |
| （処方の詳細、処方理由等） | | | |
| 【両耳装用、耳かけ型、耳あな型、ＦＭ型を必要とする理由等を記入してください。】※特にオーダーメイドの場合、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記載してください。 | | | |
| □骨伝導補聴器 | | □右耳　□左耳 | □ポケット型  □眼鏡型（平面レンズ□右□左□不要） |
| 【注】伝音難聴で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、且つ、耳栓やイヤーモールドの使用が困難な者が対象 | |
| イヤ  モールド | □右耳  □左耳  □不要 | 処方理由 | □外耳道の変形などによりハウリングが起こりやすい。  □その他 | |
| 使用効果の見込 | |  | | |
| 上記のとおり意見します。  年　　　月　　　日  医療機関の所在地：  医療機関名：  診療科名：  医師氏名：　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

【記載に当たっての注意事項】

１　意見書の記載は、身体障害者福祉法第１５条第１項の知事の指定する医師に限る。

２　対象は、両耳の聴力レベルが身体障害者手帳の交付の対象とならない者で、補聴器を装用することに

より、言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断する者。