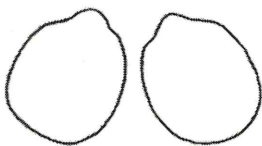


### 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業医師意見書

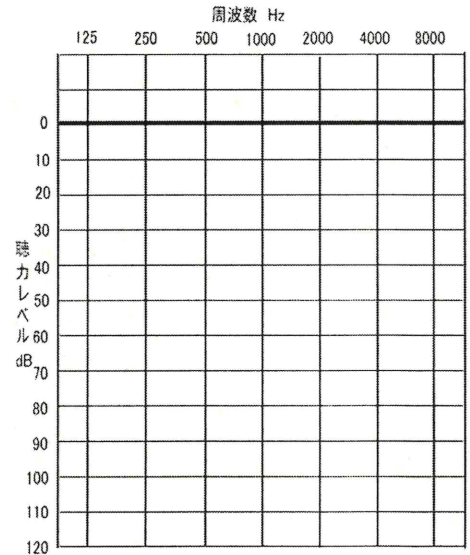
|        |       |   |   |   |
|--------|-------|---|---|---|
| 市町村記入欄 | 前回支給日 | 年 | 月 | 日 |
|--------|-------|---|---|---|

|    |      |      |   |   |   |   |   |   |
|----|------|------|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 男 | 女 |
|    | 住所   |      |   |   |   |   |   |   |

|       |                             |  |
|-------|-----------------------------|--|
| 医学的診断 | 難聴の種類                       | 1 感音性難聴（右・左） 2 伝音性難聴（右・左）<br>3 混合性難聴（右・左） 4 その他（ ） |
|       | 疾病・外傷発生日                    | 年 月 日  |
|       | 《治療経過・現在の障害状況・補聴器を必要とする理由等》 |  |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 現症 | 原因   | (治療による聴力回復が見込める中耳炎等、急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となる。) |
|    |  <p>(鼓膜の状態は具体的に記載（耳漏の有無、混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する）</p> |   |

|          |                    |   |                               |   |
|----------|--------------------|---|-------------------------------|---|
| 補聴器の処方内容 | 処方                 | 1 軽度・中等度難聴用ポケット型<br>2 軽度・中等度難聴用耳かけ型<br>3 高度難聴用ポケット型<br>4 高度難聴用耳かけ型<br>5 重度難聴用ポケット型<br>6 重度難聴用耳かけ型<br>7 骨導式ポケット型 ※1<br>8 骨導式眼鏡型 ※2<br>9 耳あな型（レディメイド） ※3<br>10 耳あな型（オーダーメイド） ※4<br>その他、特に必要なもの ※5<br>・イヤモールド<br>・<br>・、 | 装用<br>1 右耳<br>2 左耳<br>3 両耳 ※6 | # オージオメーターの形式（ ）<br># 聴力（聴力レベル）（4分法）<br>右： dB 左： dB<br># 《オージオグラム》（別添可） |
|          | 適応理由(特に上記処方が必要な理由) | (※1~6を処方する場合は必ず、それぞれについて理由を記入すること。)<br>(※6 教育上、生活上特に必要と認めた場合は両側に交付することができる。)<br># 語音明瞭度（右 %）（左 %）   |                               |   |



純音聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、OAE等の検査結果を別に添付すること。

使用効果見込み（補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無、見込み等を記入すること。）

上記のとおり意見する

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療科名  
医師氏名

印

意見書の記載は、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定により知事が指定した医師に限る。

## 【記載についての注意事項】

- 1 「医学的診断」欄について
  - ・ 難聴の状況、これまでの治療の経過等を記載してください。
  - ・ 鼓膜の状態は、耳漏の有無、混濁、穿孔等あれば、その形状も含めて記載してください。
  - ・ 耳鼻咽喉科的治療による聴力回復を見込める中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となります。
- 2 「聴力検査」について
  - ・ 聴力検査の結果(別添も可)、難聴の種類、鼓膜の状態、補聴器装用による効果を記載してください。
  - ・ 「# 聴力」欄について、会話音域の平均聴力レベルを記載するものとし、周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力レベル(dB値)をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式(4分法)により算定した数値とします。
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
  - ・ 純音聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、OAE等の検査結果を別に添付してください。
- 3 「補聴器の処方内容」について
  - ・ 「耳あな型」の対象は、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な児童です。オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可な児童です。
  - ・ 「骨導式」の対象は、伝音性難聴であって、耳漏が著しい又は外耳閉塞症等を有する児童で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な児童です。
  - ・ 「両耳」装用について、教育上、生活上特に必要と認めた場合は両側に交付することができます。
- 4 「使用効果見込み」について
  - ・ 補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無や見込み等を記入してください。
- 5 その他
  - ・ 各記載欄に記載しきれないとき及び聴力検査結果は別紙記載の添付も可です。
  - ・ FM型補聴システムの申請をする場合は、補聴器を装用し、教室の座席の位置等に配慮してもなお補聴システムが必要と認められる合理的理由が存在することが要件となる。  
診断書に加え、必要性、有用性、補聴システムを使用しない場合との比較、教諭等による意見書の添付が必要である。