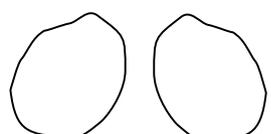


軽度中等度難聴児補聴器購入費等助成意見書 (ABR・ASSR・OAE・COR検査用)

氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
住所			
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB, 左 dB (年 月 日実施) 右 dB, 左 dB (年 月 日実施) 右 dB, 左 dB	
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無	
	左	有 ・ 無	
1. 補聴器の種類 耳掛け型 ┌ 重度難聴用(右・左) ┌ 高度難聴用(右・左) ┌ 軽度・中等度難聴用(右・左) イヤモード(要・否) 骨導式 ベビー型 FM型受信機 () FM型用ワイヤレスマイク オーディオチューナー その他 () 2. 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無) 3. 使用効果見込み 4. 概算額	OAE (TEOAE・DPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付してください。 COR (年 月 日実施)		
	0 500 1000 2000 Hz 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB		
	(年 月 日実施) 0 500 1000 2000 Hz 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB		
	(年 月 日実施) 0 500 1000 2000 Hz 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB		
現在までの障害の状況(治療の内容, 期間, 経過)・意見 をご記入ください。 ※FM型受信機・FM型用ワイヤレスマイク・オーディオチューナーを処方した場合には, その医学的理由についてご記入ください。			
耳鼻疾患の有無及び障害の状況			※ASSR閾値は, 周波数500・1,000・2,000Hzの音に対する値を, 各々 a・b・c とし, $(a+2b+c)/4$ により算出してください。 ※検査結果は検査方法に○を, 直近3回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。
1 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医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は, 装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし, 教育・生活上等真に必要なと認めた場合は2台交付することができる。 3 障害者総合支援法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。			
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名指定自立支援医療機関名 医師氏名			
			印