

様式第2号 (第5条関係)

軽度・中等度難聴児補聴器購入助成意見書

対象児	氏名		男 女	生年 月日	年 月 日	
	住所					
原因疾患 外傷名	(発生日時 年 月 日)					
障害原因	先天性・後天性 (外傷・交通事故・疾病・その他 ())					
障害の経過	発生・経過					
	現況 (補聴器、使用歴、使用効果等)					
聴力レベル (4分法)	右耳		dB	左耳		
	聴覚障害に関し、身体障害者手帳の交付基準に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない					
補聴器 の 処方 内容	補聴器 名称 等	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 (前回交付 年 月 日)				
		補聴器の種類		装用耳	イヤモールド	
		<input type="checkbox"/> 高度 (軽度・中等度) 難聴用 [<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型]		右	要・否	
		<input type="checkbox"/> 上記以外の補聴器 []		左	要・否	
	補聴器 の 処方 内容	イヤモールド の 必要 性	処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形等により、ハウリングが起こりやすい <input type="checkbox"/> 僅かな動きで、耳栓が落下しやすい <input type="checkbox"/> その他 ()		
		補聴器 の 装用 による 具体的 効果				
※意見書の作成者は、聴覚障害に関し、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。						
意見書作成年月日 年 月 日						
医療機関名及び所在地 診療担当科名 医師氏名 ㊟						