

様式第2号 (第5条関係)

春日市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業医師意見書

氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (才)	
住所	(電話番号 _____)			
①原因疾病名 (病名)				
②疾病発生年月日	年 月 日			
③経過及び現症				
④新生児聴覚検査 の結果	実施・未実施・不明	A A B R ・ D P O A E	両Pass・両refer 片refer (右・左)	
⑤補聴器の名称及 び商品名等 ※ 処方する補聴器の該 当箇所に○	①補聴器の名称	軽度・中等度難聴用ポケット型	耳あな型 (レディメイド)	
		軽度・中等度難聴用耳かけ型	耳あな型 (オーダーメイド)	
		高度難聴用ポケット型	骨導式ポケット型	
		高度難聴用耳かけ型	骨導式眼鏡型	
		重度難聴用ポケット型		
		重度難聴用耳かけ型		
	② 装用耳	右耳	左耳	
	③ イヤモールド	要	不要	
	④ その他商品 (型式名等)			
⑥補聴器の必要性				
⑦使用効果見込み 等評価所見				
⑧その他参考とな る合併症				
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名 医療機関住所 診療科名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 (自署)</p>				

※ 本意見書を作成することができるのは、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項の医師(担当障害分野が聴覚障害の医師に限る。)又は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(平成17年法律第123号)第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関(耳鼻咽喉科を開設する医療機関に限る。)において、耳鼻咽喉に係る医療を主として担当する医師のみです。

※ この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。

1. 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右	dB
左	dB



助成条件を満たしていないが、補聴器を給付する必要があると判断される場合、その理由を記入。

【助成条件】両耳の聴力レベルがそれぞれ30dB以上70dB未満であること

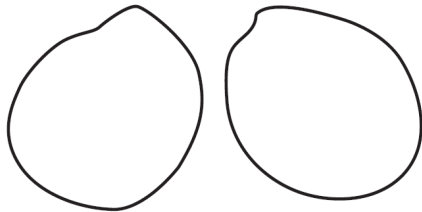
2. 障害の種類（該当種類に○）

<input type="checkbox"/>	伝音性難聴
<input type="checkbox"/>	感音性難聴
<input type="checkbox"/>	混合性難聴

3. 鼓膜の状態

（右）

（左）



4. 聴力検査の結果

ア 純音・震音による検査

- 検査方法 ・BOA（聴性行動反応聴力検査）
- ・COR（条件詮索反応聴力検査）
- ・Play-audio（遊戯聴力検査）
- ・PTA（標準純音聴力検査）

●オージオメーターの型式（ ）

イ 他覚的検査（参考）
ABR・DPOAE等の検査結果を記入してください。

	250	500	1000	2000	4000	8000 (Hz)
-10						
0						
10						
20						
30						
40						
50						
60						
70						
80						
90						
100						
110						
120						
(dB)						

※可能な場合、骨導閾値も記入してください。

dB（ ）