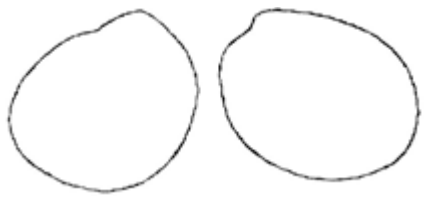
様式第２号（第６条関係）

栗東市軽度・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	年　　月　　日生（　　歳）
住　　所			
診断名			
障害の種類	・伝 音 難 聴　・混 合 難 聴 ・感 音 難 聴		
鼓膜の状態			
補聴器の種類 （処　　方）	耳かけ型 ┌ 重 度 難 聴 用　（右・左） └ 高 度 難 聴 用　（右・左） ポケット型 ┌ 重 度 難 聴 用　（右・左） └ 高 度 難 聴 用　（右・左） 骨導式（ポケット型・眼鏡型）（右・左） 耳あな型（レディメイド・オーダーメイド）（右・左） 特例補装具（　　）（右・左） イヤモールド（右・左）		
現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。			
補聴器を必要とする理由および具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど） ※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用、耳あな型補聴器が必要な理由等をご記入ください。			

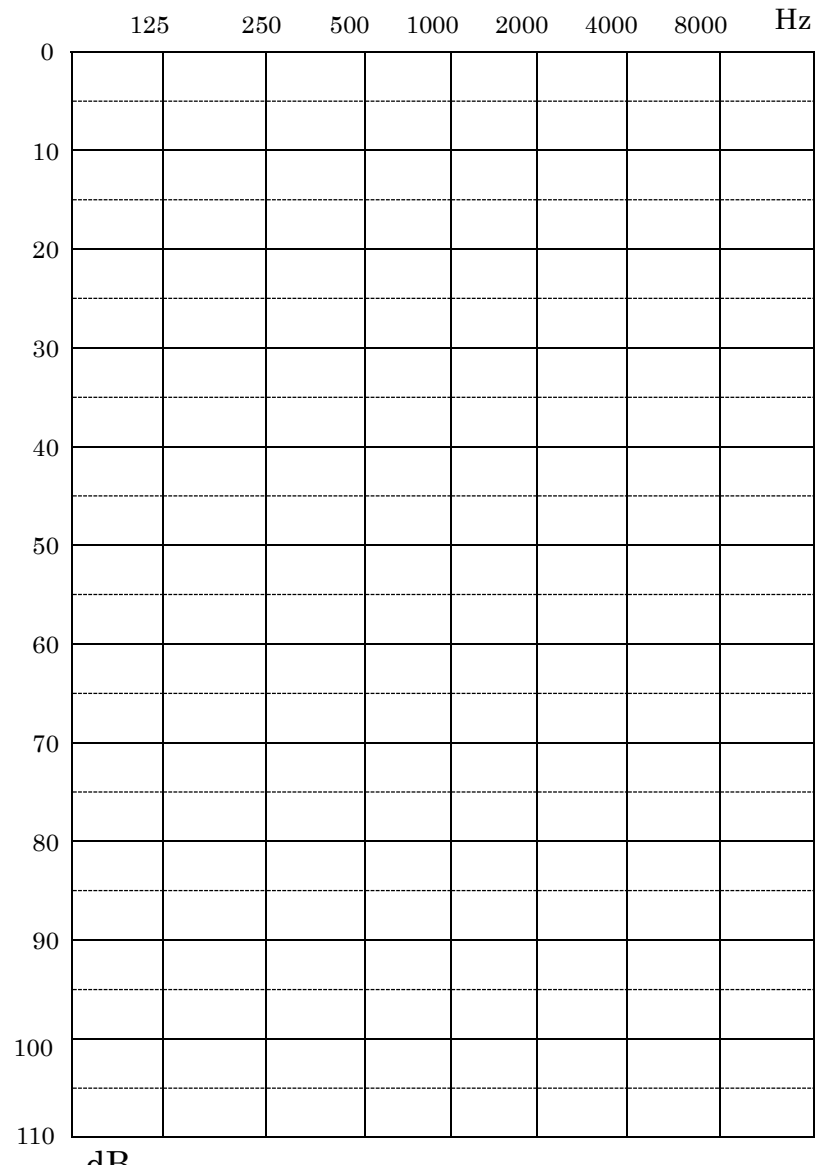
※４分法平均聴力を記入してください。

	右耳	左耳
聴力レベル	ｄＢ	ｄＢ

聴力検査の種類
（COR・プレイオージオメトリー・純音聴力検査）

オージオメータの型式 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日（　　年　　月　　日）



※　気導・骨導聴力をご記入下さい

ABR、ASSR などの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載して下さい。

【備考】

１　意見書の記載は、滋賀県立小児保健医療センター・滋賀医科大学医学部附属病院に所属する身体障害者福祉法第１５条の指定医師に限る。

２　難聴児の補聴器の交付は、教育・生活上等真に必要と認めた場合、両耳装用として２台交付することができる。

３　当該児は、障害者総合支援法に基づく支給等に該当する場合、そちらを優先することとする。

上記のとおり意見する。

年　　月　　日　　所在地

医療機関名

医師氏名　　印