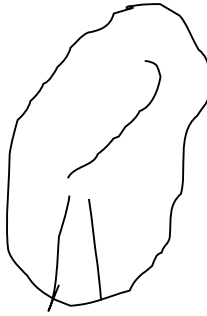
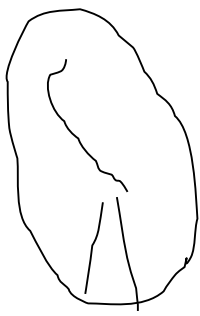
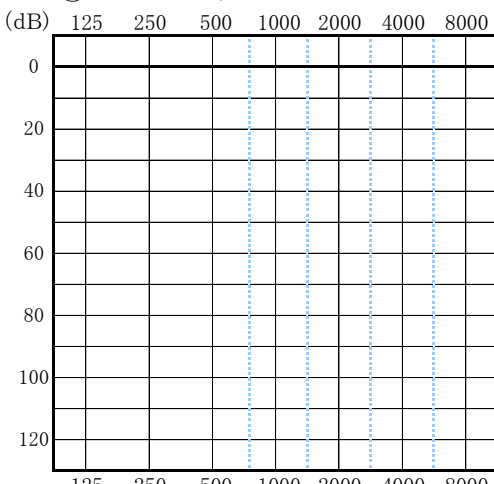


## 岩沼市難聴児補聴器購入助成金交付意見書

氏名		男・女	年 月 日生 歳
住所		原因疾病, 外傷名	

医 学 的 所 見	<p>①聴覚障害の種類  <input type="checkbox"/> 伝音難聴    <input type="checkbox"/> 感音難聴    <input type="checkbox"/> 混合難聴</p> <p>②鼓膜所見</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左</p>  </div> </div> <p>④音声・言語機能障害の状況及び所見</p>	<p>③オーディオグラム</p>  <p>air 右○・・・○ bone 右 [ マスキング 右 dB          左×・・・× 左 ] 左 dB</p> <p>(1)平均聴力(4分法)          右 _____ dB 左 _____ dB</p> <p>(2)補聴効果 右 _____ 左 _____</p>
-----------------------	---	--

補 聴 器 の 処 方	補聴器の装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳に <input type="checkbox"/> 左耳に <input type="checkbox"/> どちら側でも(交互装用) <input type="checkbox"/> 両耳に(理由を特記事項欄に記載)
	イヤモールド <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ハウリング防止 <input type="checkbox"/> 安定した装着状態の獲得 <input type="checkbox"/> ハウリングした際、本人気付かない
	<input type="checkbox"/> ポケット型	
	<input type="checkbox"/> 耳かけ型	
	<input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイト)	耳あな型を処方する理由
	<input type="checkbox"/> 耳あな型(オーターメイト)	
<input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型	骨導式を処方する理由	
<input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型		
《特記事項》		

以上のとおり診断し、補聴器装用の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

(注) 意見書の記載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項の規定による知事が定める医師に限る。  
 補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活上特に必要と認められる場合は、両耳装用とし、2個とすることができる。  
 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。  
 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に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱う。