

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (ABR・ASSR 検査用)

氏名		男・女	平成 年 月 日生 (歳)
----	--	-----	----------------

住所	
----	--

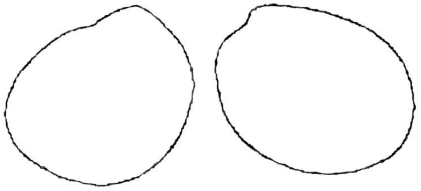
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴 	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB
-------	--	---

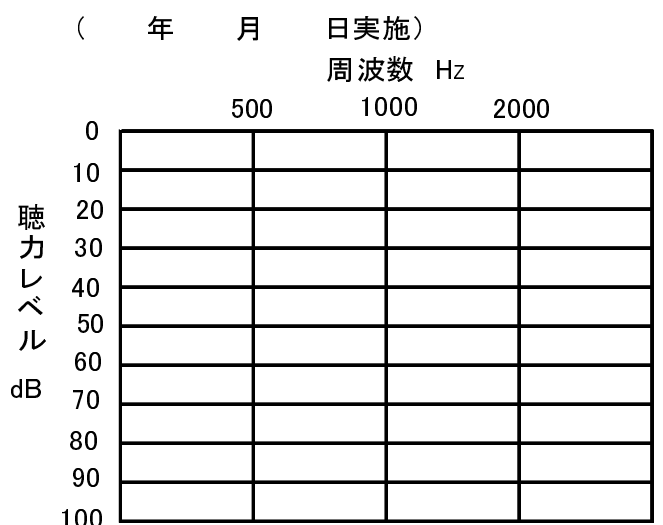
補聴器の種類 (処方)	○耳かけ型 <ul style="list-style-type: none"> ・ 重度難聴用 (右・左) ・ 高度難聴用 (右・左) ・ 軽度・中等度難聴用 (右・左) <li style="padding-left: 20px;">イヤモールド (要・否) (右・左) ○耳あな型 <ul style="list-style-type: none"> ・ レディメイド (右・左) <li style="padding-left: 20px;">イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) ○骨導式 <ul style="list-style-type: none"> ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) <li style="padding-left: 20px;">平面レンズ (要・否) (右・左) ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) ・ FM型受信機 (要・否) (右・左) ・ オーディオシュー (要・否) (右・左) 	OAE (TEOAE・OPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。
----------------	---	--

現在までの補聴器 装用の有無	右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)	
-------------------	----------------------------	--

補聴器使用による 効果見込み	
-------------------	--

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。	※FM型受信機・FM型用ワイヤレスマイク・オーディオシュ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		※ABR・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知事が指定した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られた場合は2台交付することができる。

3 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こととする。

上記のとおり意見する。

平成 年 月 日 所在地

指定医療機関名
医師氏名

印

