様式第２－１号（第５条関係）

補聴器購入等助成事業　医師意見書

対象児童名		男 ・ 女	年　　月　　日生（　　歳）
住所			
障害名	・伝音性難聴　　・混合性難聴　　・感音性難聴		

現在までの障害の状況（補聴器の装用効果、診断・治療の内容、経過）

聴力※　　右　　ｄＢ
　　左　　ｄＢ

※ ４分法平均聴力を記入してください。
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ください。
（備考）

聴力検査の種類（ＣＯＲ・遊戯聴力検査・純音）

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				
dB				

補聴器の種類（処方）	名　　称	個数	処方の理由 ＊耳かけ型以外の種類の場合は、理由を記載してください
	・耳かけ型 ・その他種類 （　　）		
	イヤモールド		
	・補聴援助システム （　　）		

上記のとおり意見する。

年　　月　　日

医療機関の所在地
病 院 ・ 医 院 名
医　師　氏　名

１　意見書の記載は身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医療機関の医師に限る。
２　この事業で助成する補聴器の機種は、特別な理由がある場合を除き、原則「耳かけ型」とする。
３　身体障がい者に該当する聴力の場合は、本意見書は適用されない。