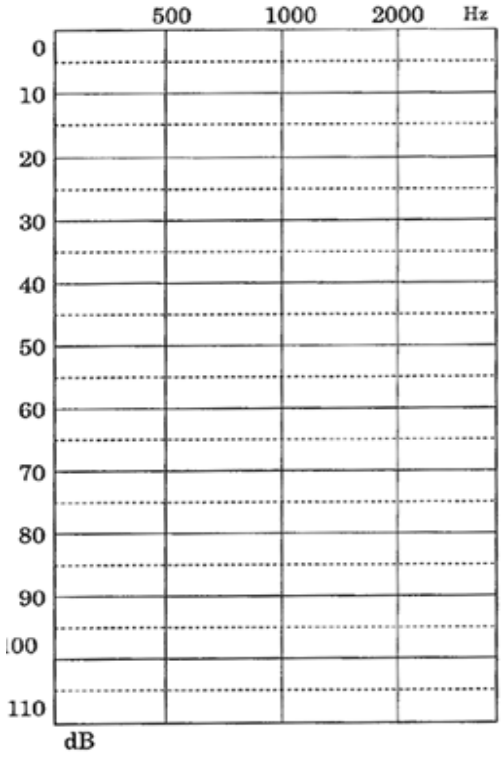
第２号様式（第６条）
（その１）

君津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

氏　　名		男・女	年　　月　　日生（　　歳）
住　　所			
障害の種類	・伝音性難聴　・混合性難聴 ・感音性難聴		※　聴力は、500・1,000・2,000周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a・b・cとし、　(a＋2b＋c)／4により算出してください。
聴　　力※	右　　dB		
	左　　dB		
補聴器装用効果	右　　有　・　無		オージオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式＿＿＿＿＿＿
	左　　有　・　無		
補聴器の種類（処方）	1　補聴器の種類 耳掛け型 重度難聴用　（右・左） 高度難聴用　（右・左） 軽度・中等度難聴用　（右・左） イヤモールド（要・否） 骨導式 ＦＭ型受信器（　　） ＦＭ型用ワイヤレスマイク オーディオシュー その他（　　） 2　現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無） 3　使用効果見込み 4　概算額		 ※　気導・骨導聴力をご記入ください。

現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入ください。 ※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 

1　意見書の記載は法第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・生活上等真に必要と認めた場合は２台交付することができる。
3　法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。

年　　月　　日

所在地

医療機関名指定自立支援医療機関名

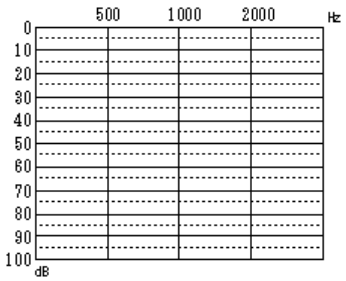
医師氏名　　㊞

（その２）

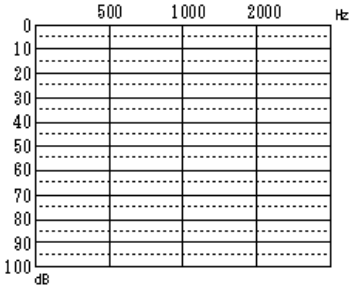
君津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ＡＢＲ・ＡＳＳＲ・ＯＡＥ・ＣＯＲ検査用）

氏　　名		男・女	年　　月　　日生 （　　歳）
住　　所			
障害の種類	・伝音性難聴　・混合性難聴 ・感音性難聴		
補聴器の装用効果	右　有　・　無 有　・　無		
	左		
補聴器の種類 （処　　方）	１　補聴器の種類 耳掛け型 重度難聴用（右・左） 高度難聴用（右・左） 軽度・中等度難聴用（右・左） イヤモールド(要・否) 骨　導　式 ベ ビ ー 型 ＦＭ型受信機(　　) ＦＭ型用ワイヤレスマイク オーディオシュー その他(　　) ２　現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無） ３　使用効果見込み ４　概算額		
現在までの障害の状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。 ※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			

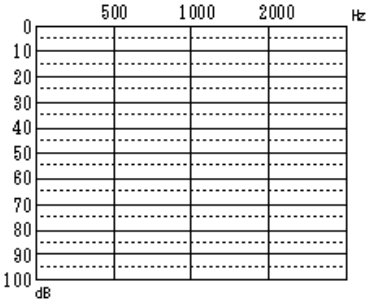
ＡＢＲ・ＡＳＳＲ閾値
(　年　月　日実施)右　　dB、左　　dB
(　年　月　日実施)右　　dB、左　　dB
(　年　月　日実施)右　　dB、左　　dB
ＯＡＥ（ＴＥＯＡＥ・ＤＰＯＡＥ）反応
有　・　無　※直近の検査結果を添付してください。
ＣＯＲ　（　年　月　日実施）



（　年　月　日実施）



（　年　月　日実施）



※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　意見書の記載は法第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・生活上等真に必要と認めた場合は２台交付することができる。
３　法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。

年　　月　　日　　所在地

医療機関名指定自立支援医療機関名

医師氏名　　㊞