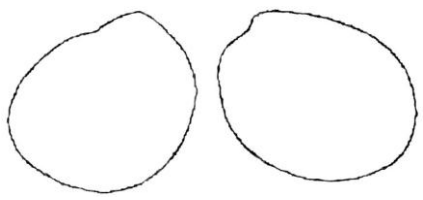
軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ABR・ASSR・OAE・COR検査用）

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	
	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 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

（　　年　月　日実施）右　　dB、左　　dB

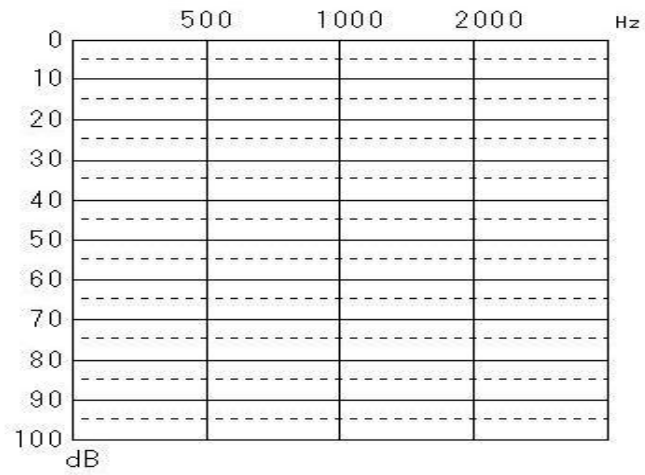
（　　年　月　日実施）右　　dB、左　　dB

（　　年　月　日実施）右　　dB、左　　dB

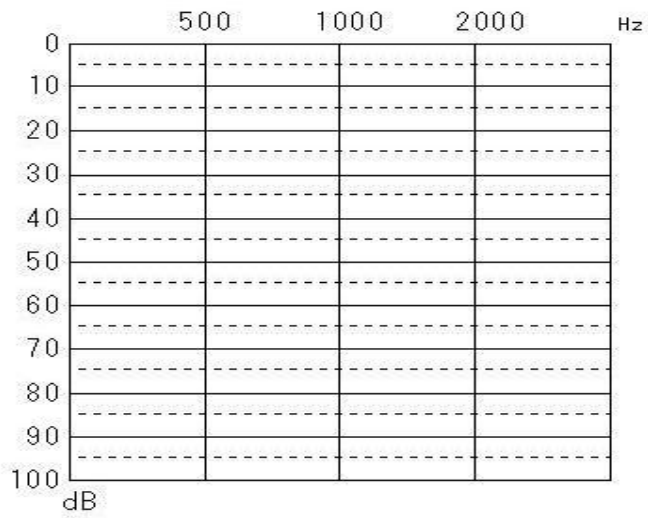
OAE（TEOAE･DPOAE）反応

有 ・ 無　　※直近の検査結果を添付して下さい。

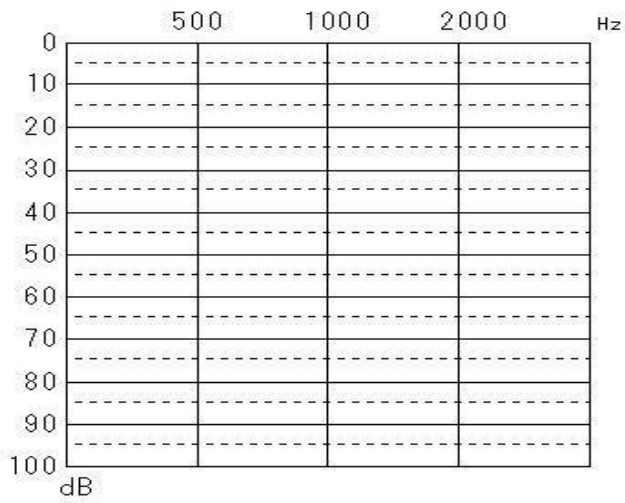
COR　（　　年　月　日実施）



（　　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　意見書の記載は障害者総合支援法第５９条第１項の規定による指定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　障害者総合支援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　　印