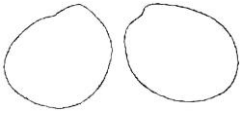


第2号様式（第6条関係）

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ABR・ASSR 検査用）

氏名		男 ・ 女	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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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） 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） 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） 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）	COR （ 年 月 日実施） 周波数 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		0	500	1000	2000	10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
0	500	1000	2000																																												
10																																															
20																																															
30																																															
40																																															
50																																															
60																																															
70																																															
80																																															
90																																															
100																																															
補聴器使用による効果見込み	※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。	（ 年 月 日実施） 周波数 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		0	500	1000	2000	10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
0	500	1000	2000																																												
10																																															
20																																															
30																																															
40																																															
50																																															
60																																															
70																																															
80																																															
90																																															
100																																															
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。	（ 年 月 日実施） 周波数 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		0	500	1000	2000	10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
0	500	1000	2000																																												
10																																															
20																																															
30																																															
40																																															
50																																															
60																																															
70																																															
80																																															
90																																															
100																																															
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、装着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。 年 月 日 所在地 指定医療機関名 医師氏名																																															

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（オーディオグラム検査用）

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

住所

障害の種類	・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴	オーディオグラム
-------	-------------------------------	----------

聴力	右		dB	聴力検査 オージオメータの型式 _____
	左		dB	
○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。				

補聴器の種類 (処方)	○耳かけ型 ・ 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）（右・左） ○耳あな型 ・ レディメイド（右・左） ・ イヤモールド（要・否）（右・左） オーダーメイド（右・左） ○骨導式 ・ ポケット型（要・否） ・ 眼鏡型（右・左） 平面レンズ（要・否）（右・左） ○その他 ・ 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）	気導・骨導聴力をご記入下さい。
----------------	--	-----------------

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

	補聴器使用効果見込み <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>
--	---

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
---	--------------------

- 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 指定医療機関名 医師氏名	㊟
-------	------------------------	---