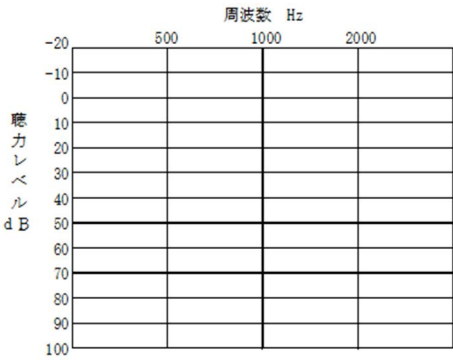


第 2 号様式（第 5 条関係）

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（オーディオメータ検査用）

住 所			
氏 名		☐ 男 ☐ 女	年 月 日生
障 害 の 種 類	☐ 感音難聴 ☐ 伝音難聴 ☐ 混合性難聴		
聴 力	右 dB 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。	オーディオグラム 聴力検査 オーディオメータの型式 () 	
補聴器の種類 (処 方)	1 耳掛け型 (1) 重度難聴用 (☐ 右 ☐ 左) (2) 高度難聴用 (☐ 右 ☐ 左) (3) 軽度・中等度難聴用 (☐ 右 ☐ 左) イヤモールド (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) 2 耳穴型 (1) レディメイド (☐ 右 ☐ 左) (2) イヤモールド (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) オーダーメイド (☐ 右 ☐ 左) 3 骨導式 (1) ポケット型 (☐ 要 ☐ 否) (2) 眼鏡型 (☐ 右 ☐ 左) 平面レンズ (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) 4 その他 (1) FM型ワイヤレスマイク (☐ 要 ☐ 否) (2) FM型受信機 (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) (3) オーディオシュー (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左)	気導及び骨導聴力を記入してください。	
		現在までの 補聴器装用 の有 無	右 (☐ 有 ☐ 無) 左 (☐ 有 ☐ 無)
		補聴器の 使用による 効果の 見込み	
現在までの障 害の状況（治 療の内容、期 間及び経過） 及 び 意 見	※FM 型受信機、FM 型用ワイヤレスマイク又はオーディオシューを処方した場合は、その医学的理由について記入してください。	耳鼻疾患の 有無及び障 害の状況	☐ 有 ☐ 無 
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 5 9 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ります。 2 身体障害者手帳が交付される可能性がある場合においては、あらかじめ身体障害者手帳の交付の手続を行うこととしています。			
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 (署名又は記名押印)			