鎌ケ名	冷市軽度・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		
障がいの種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴	ABR・ASSR閾値 (年月日実施)右 dB、左 dB
補聴器の 装用効果	右 有・無 左 有・無	(年 月 日実施) 右 d B、左 d B (年 月 日実施) 右 d B、左 d B OAE (TEOAE・DPOAE) 反応
補聴器の種類(処方)	1 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 ・ イヤモールド(要・否) 情 導 式 ・ ビ 型 ・ M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	有・無 ※直近の検査結果を添付して下さい。 COR (年 月 日実施) 500 1000 2000 Hz 500 1000 2000 Hz 60 70 80 90 1000 2000 Hz 10 20 30 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間及び記過)・意見をご記入下さい。 ※FM型見をでは、アイク・オーディしたといった。共の理由には、そのででは、そのででは、そのででは、そのででは、そのででは、そのででは、そのででは、そのででは、これください。		500 1000 2000 Hz 10 20 30 40 40 50 60 70 80 90 100 dB - ※ASSR関値は、周波数500・1,000・2,000Hzの音に対する値を、それぞれa・b・cとし、(a+2b+c)/4により算出してください。
	は、障害者総合支援法第54条第2項の規定による指定に	※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。 自立支援医療機関の医師に限る。
9 難聴児の補聴器	とは、	・生活上等直に必要と認めた場合に限り左右の耳に装用する補聴器の

- 2 無聴児の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活いずれも助成の対象とすることができる。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 指定自立支援医療機関名 医師氏名

	鎌ケ谷市軽度・中等度難聴児補	東田 東田 東田 東田 東田 東田 東田 東田	金交付意見	L書			
氏名		男・女		年	月	日生 (歳)
住所							
障がいの種類	・伝音性難聴 ・感音性難聴	※聴力は、500	•1, 00	0 • 2, 0	0 0 H	zの音に対	けする聴力レ
聴力※	右 dB	ベル値を、それ 出してください		・cとし、	(a+2	2 b + c)/	′4により算
	左 d B						
補聴器の 装用効果	右 有 • 無	オージオグラム 聴力検査					
	左 有 · 無	オージオメー	-ターの型式	<u> </u>			
補聴器の種類 (処方)	1 補聴器の種類 耳掛け型		500	□1,00	00	2,000	Hz
	「重度難聴用(右·左)	0					
	高度難 聴 用 (右·左)	10					
	軽度・中等度難聴用 (右・左)イヤモールド (要・否)	20					
	骨導式	30					
	FM型受信器() FM型用ワイヤレスマイク	40					
	オーディオシュー	50					
	その他()	60					
	2 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 · 無)	70					
	左 (有 ・ 無) 3 使用効果見込み	80					
		90					
		100					
	4 概算額	110					
		dB					
		<u>※</u> 気導・	・骨導聴力を	をご記入くた	<u> </u>		
	 ひ状況(治療の内容、期間及び経過)・意見をご記入下 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に さい。	-	耳鼻疾症	患の有無及び	が障がし	いの状況	
					/\		
2 難聴児の補聴器	は、障害者総合支援法第54条第2項の規定による指定 は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教 +毎トナスニトボできる) 左右の	耳に装用す	上る補聴器の

- いずれも助成の対象とすることができる。
- 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 指定自立支援医療機関名 医師氏名