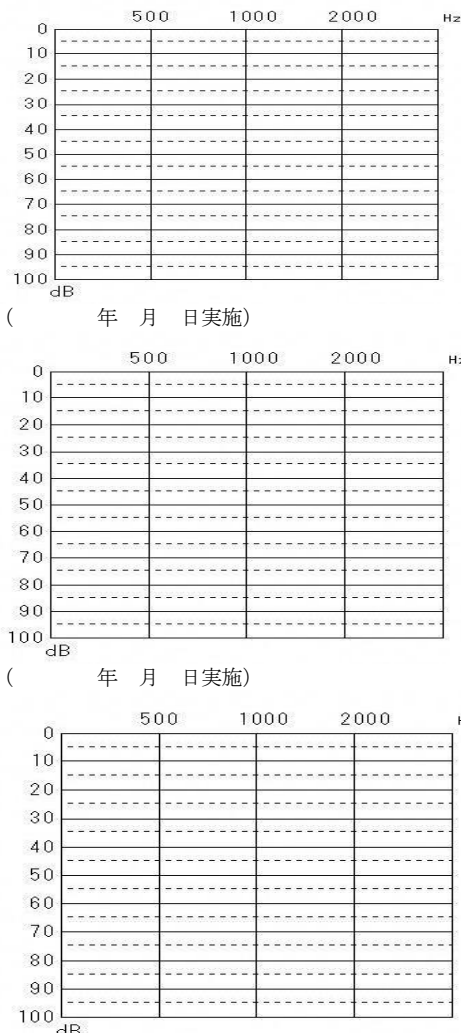
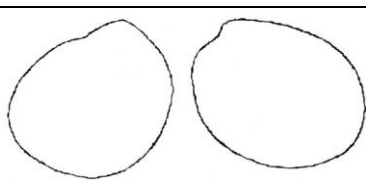


鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ABR・ASSR・OAE・COR検査用）			
氏名			男・女
住所			
障がいの種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		ABR・ASSR閾値 （ 年 月 日実施）右 dB、左 dB （ 年 月 日実施）右 dB、左 dB （ 年 月 日実施）右 dB、左 dB
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無	OAE（TEOAE・DPOAE）反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。 COR（ 年 月 日実施）
	左	有 ・ 無	
補聴器の種類（処方）	1 聴器の種類 耳掛け型 ┌ 重度難聴用（右・左） ├ 高度難聴用（右・左） └ 軽度・中等度難聴用（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		
現在までの障がいの状況（治療の内容、期間及び経過）・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がいの状況			※ASSR閾値は、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。 ※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54条第2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・生活上等真に必要なと認められた場合に限り左右の耳に装用す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			
			印

鎌ケ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

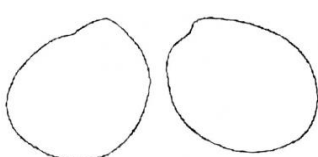
氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
----	--	-----	-------------

住所			
----	--	--	--

障がいの種類	・伝音性難聴 ・感音性難聴 ・混合性難聴	※聴力は、500・1,000・2,000Hzの音に対する聴力レベル値を、それぞれa・b・cとし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。
聴力※	右 d B 左 d B	

補聴器の装用効果	右 有 ・ 無 左 有 ・ 無	オーディオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式 _____
----------	--------------------	---------------------------------------

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	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1,000</th> <th>2,000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">dB</p> ※ 気導・骨導聴力をご記入ください		500	1,000	2,000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110				
		500	1,000	2,000	Hz																																																													
0																																																																		
10																																																																		
20																																																																		
30																																																																		
40																																																																		
50																																																																		
60																																																																		
70																																																																		
80																																																																		
90																																																																		
100																																																																		
110																																																																		

現在までの障がいの状況 (治療の内容、期間及び経過)・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がいの状況 
---	--

- 意見書の記載は、障害者総合支援法第54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の医師に限る。
- 難聴児の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要なと認められた場合に限り左右の耳に装用する補聴器のいずれも助成の対象とすることができる。
- 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

印