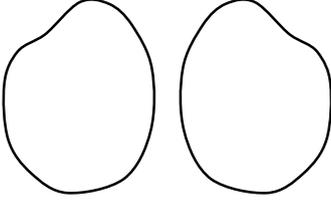


別記様式第2号（第6条関係）

浜中町難聴児及び難聴者補聴器購入費等助成医師意見書

主治医の皆様へ この意見書は、浜中町に住所を有する全ての年齢において、次の条件に当てはまる場合に記載いただくものです。 両耳の平均聴力レベルが30デシベル以上で聴覚障がいに係る身体障害者手帳の交付対象とならない難聴者 ※記載の際には裏面の留意事項をよくお読みください。																																																																							
氏名		生年月日	年 月 日 生（ 歳）																																																																				
住所	浜中町																																																																						
難聴の原因	発生年月日（ 年 月 日） 事故・疾病・先天性・その他																																																																						
経過	難聴の状況、これまでの治療経過等  ※耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込（ <input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> なし）																																																																						
所見	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">右</td><td style="width: 50%; text-align: center;">dB</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">左</td><td style="text-align: center;">dB</td></tr> </table> <p>2 難聴の種類</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">伝音性難聴</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">感音性難聴</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">混合性難聴</td></tr> </table> <p>3 鼓膜の状態 (右) (左)</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 50px;">  </div> </div> <div style="width: 45%;"> <p>4 補聴器装用による補聴器効果に関する意見</p> <p>5 聴力検査の結果 (アは必須。イは必要に応じ記載) ア 純音による検査      イ 語音による検査</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <table border="1" style="margin-right: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td colspan="4">Hz</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></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> <tr><td colspan="4">dB</td></tr> </table> <div style="width: 100%;"> <p>語音明瞭度</p> <p>右 % ( dB)</p> <p>左 % ( dB)</p> <p>※なお、語音明瞭度の場合 は検査結果データを添付 してください。</p> </div> </div> </div> </div>				右	dB	左	dB	伝音性難聴	感音性難聴	混合性難聴						500	1000	2000	Hz				0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100				dB			
右	dB																																																																						
左	dB																																																																						
伝音性難聴																																																																							
感音性難聴																																																																							
混合性難聴																																																																							
	500	1000	2000																																																																				
Hz																																																																							
0																																																																							
10																																																																							
20																																																																							
30																																																																							
40																																																																							
50																																																																							
60																																																																							
70																																																																							
80																																																																							
90																																																																							
100																																																																							
dB																																																																							
処方	右⇒補聴器装用（ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要） <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤーモールド （ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）	左⇒補聴器装用（ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要） <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤーモールド （ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）	両耳装用が必要な場合、その理由をご記載ください。																																																																				
上記のとおり意見する。 病院又は診療所名称 _____ 年 月 日 所在地 _____ 診療担当科名 _____ 科 医師名 _____ 印																																																																							

【記載上の留意事項について】

- 1 選択肢がある場合は該当項目（□）に✓印を付けてください。
- 2 各記載欄に記載しきれないとき及び検査結果は、別紙に記載して添付していただいても結構です。
- 3 「経過」の欄には難聴の状況、これまでの治療の経過等を記載してください。また、耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込について、ある・なしのいずれかに✓印を付けてください。
- 4 「所見」の欄には、聴力検査の結果、難聴の種類、鼓膜の状態、補聴器装用による効果を記載してください。

(1) 「1 聴力」欄について、会話音域の平均聴力レベルを記載するものとし、周波数 500、1000、2000 ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB 値）をそれぞれ a、b、c とした場合、次の試算により算定した数値とします。

$$\frac{a + 2b + c}{4}$$

- (2) 「2 難聴の種類」には該当する欄に✓印を付け、「3 鼓膜の状態」には鼓膜の状態を具体的に記載してください。
- (3) 「4 補聴器の装用効果」には、補聴器装用を必要とする理由及びその具体的効果について記載してください。
- (4) 検査の結果、聴覚障がいに係る身体障害者手帳の交付対象となる場合は、本事業による助成ではなく、身体障害者手帳を取得後、障害者総合支援法に基づく補装具費による補聴器支給が優先となります。

- 5 「処方」の欄には、適応となる補聴器の処方内容について、該当する欄に✓印を付けてください。なお、本事業の助成基準額は、補装具費支給基準における「高度難聴用耳かけ型」の補聴器の額と、実際に購入を要する費用のどちらか低い額となります。

また、両耳装用が必要な場合については、その理由を具体的に記載してください。