様式第2（第7条関係）

軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成についての意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 障害名 |  | |
| 経過と 現在の症状 |  | |
| 現在の聴力レベル | 右　　　　　ｄＢ | 左　　　　　ｄＢ |
| 補聴器の必要性 | 右（　□必要　□不要　） | 左（　□必要　□不要　） |
| 補聴器の種類 | 種類  理由 | |
| 処方における特記事項 | |
|  | |
| その他参考となる 　意見 |  | |
| 上記のとおり意見する。    年　　月　　日  所在地  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |

意見書記載に当たっての留意事項

1. 意見書の記載は、原則、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医療機関の耳鼻咽喉科医、または身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師（耳鼻咽喉科医）が記載してください。
2. 軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める18歳未満の児童のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが30ｄＢ以上の場合となります。
3. 張力測定は純音オージオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500、1,000、2,000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、次の算式により算定した数値としてください。  
   　 a+2ｂ+ｃ  
    4
4. 「処方における特記事項」について  
   　補聴器の左右を記入してください。両耳装用の場合には、その理由と装用効果等を記載してください。相互装用の指示、イヤモールドの作成、骨伝導補聴器の必要性などはこの欄に記載してください。
5. 「その他参考となる意見」について  
   　無線通信機能を持った補聴器が必要となった場合には、この欄に記入してください。その場合には、その理由と装用効果等を記載してください。