

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 d B	左 d B
補聴器の必要性	右（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ）	左（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 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 30 d B 以上の場合となります。
- 3 張力測定は純音オーディ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（d B 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。

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

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。