

難聴児補聴器購入費等助成 医師意見書

氏 名		生年 月 日	年 月 日 生
住 所	一宮市		
障害名			
経過 及び現症			
現在の平均 聴力レベル	右 _____ d B ・ 左 _____ d B		
補聴器の要否 及び効果	要否	右（ 要・否 ） ※	左（ 要・否 ） ※
		両耳が必要な場合の理由	
	効果		
必要とする 補聴器種類 (処方)	ポケット型・耳かけ型・耳あな型（オーダーメイド・レディメイド）・ 骨導式ポケット型・骨導式眼鏡型 ※		
(あて先) 一宮市長 上記のとおり意見を付します。 令和 年 月 日 医療機関名 (診療科) 医師名			

- ① ※印欄は該当するものを○で囲むとともに、そのほか必要事項をご記入ください。
- ② 意見書の作成は市内医療機関の耳鼻咽喉科の医師に限ります。
- ③ 助成対象者は、両耳の平均聴力レベルが 70db 未満で、身体障害者手帳の交付対象とならない方です。
- ④ 装用は原則片耳としますが、両耳装用が必要な場合は必ず理由をお書きください。

(意見書作成にあたってのお願い)

基本的にはポケット型補聴器ですが、教育上、職業上必要とするときは、耳かけ型補聴器の支給が可能です。

- 1 耳あな型対象者は、「ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者」としています。
具体的には、
 - (1) 教育上、職業上必要と認められる者
 - (2) (耳の形状等から) 耳かけ型よりも耳あな型の使用が望ましい者
 - (3) オーダーメイドの購入にあつては、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者と、定めておりますので、この視点でご記入ください。
- 2 両耳装用を希望する理由については、純音・語音による検査、単語の了解度テスト、音方向感などに着目して効果が大きいと思われる点をご記入ください。
- 3 骨導式の対象者は、「原則として、伝音性難聴者であつて、耳漏が著しい者、または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤーマールドの使用が困難な者」としています。