

様式第2号（第6条関係）

長久手市難聴児補聴器購入費等助成についての
医師意見書

氏名		男 ・ 女	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日		
経過及び現症	注：下記補聴器を必要と認める理由が明確となるよう記載する。 現在の聴力レベル 右 d B ・ 左 d B		
必要とする 補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 高度難聴用耳掛け型 <input type="checkbox"/> その他 種類 _____ ※この制度により助成する補聴器は、原則として高度難聴用耳掛け型です。その他の種類を推奨する場合はその理由を記入してください。 理由 ()		
処方における 特記事項			
両耳装用を 必要とする場合	両耳装用を必要とする理由（片耳装用では、だめな理由） 両耳装用経験（有（ 年 月～ 年 月）・無 ） （ 障害者総合支援法 ・ 自費 ・ その他 ）		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医師名 印			

※ 意見書の記入は、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師に限ります。

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。なお、記入の際には必ず裏面をお読みください。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

- 1 軽度・中等度難聴児の補聴器購入費等助成対象は、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デシベル以上の場合となります。
- 2 耳あな型の対象者は、「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っては、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。
- 3 骨導式の対象者は、「原則として、伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者、または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤモールドの使用が困難な者」となりますので、必要とする場合は「経過及び現症」の欄にこの視点を踏まえてご記入ください。
- 4 交互装用の指示、イヤモールドの作成、無線通信機能を持った補聴器の必要性等は「処方における特記事項」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。
- 5 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。