

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書						
氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日生( 歳)
住所				電話番号		
疾病名				疾病発生年月日	年 月 日	
経過及び現症						
新生児聴覚検査の結果	実施・未実施・不明		ABR・OAE		<input type="checkbox"/> 両Pass(反応あり) <input type="checkbox"/> 両refer(要再検査) <input type="checkbox"/> 片(右・左)refer	
<input type="checkbox"/> 補聴器						
現在までの補聴器装用の有無		右 (有・無)		左 (有・無)		
種類・型・装用耳	型	右耳	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイド) <input type="checkbox"/> 耳あな型(オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型	
		左耳	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイド) <input type="checkbox"/> 耳あな型(オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型	
	イヤモールド	要(片・両) ・ 不要				
【両耳装用、耳あな型、骨導補聴器を必要とする理由など】						
<input type="checkbox"/> 人工内耳体外機						
人工内耳装用の有無		右 (有・無)		左 (有・無)		
人工内耳体外機の更新		右 (有・無)		左 (有・無)		
補聴器等(人工内耳含む)の必要性						
使用効果見込等評価所見		補聴器等の装用効果		右 (有・無)		左 (有・無)
1 意見書の記載は、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する耳鼻咽喉科の医師に限る。 2 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(平成17年法律第123号)に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。						
上記のとおり意見する。 年 月 日						
医療機関名 所在地 診療科名 医師氏名						
						

(裏面)

1. 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

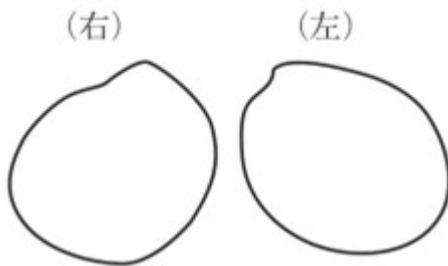
右	dB
左	dB

2. 障害の種類(該当種類に○)

<input type="checkbox"/>	伝音性難聴
<input type="checkbox"/>	感音性難聴
<input type="checkbox"/>	混合性難聴

【助成条件】 いずれかの耳又は両耳の聴力レベルがそれぞれ30dB以上であること

3. 鼓膜の状態



4. 聴力検査の結果

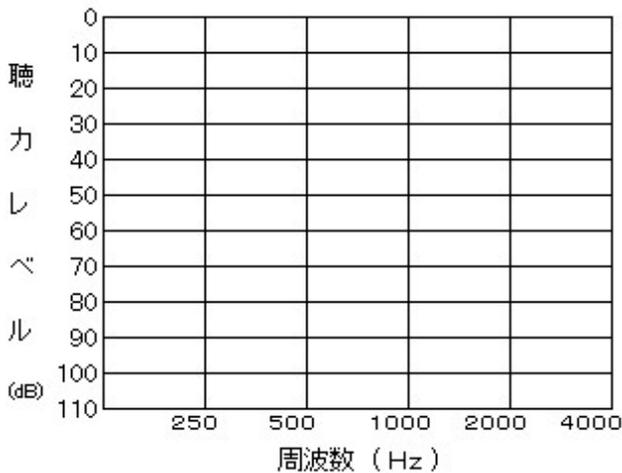
ア 純音・震音による検査

- 検査方法 BOA(聴性行動反応聴力検査)  
COR(条件詮索反応聴力検査)  
Play-audio(遊戯聴力検査)  
PTA(標準純音聴力検査)

イ 他覚的検査(参考)

ABR・DPOAE等の検査結果を記入してください。

●オーディオメーターの型式( )



※可能な場合、骨導閾値も記入してください。  
dB( )

( )

## 【記入上の留意事項】

○ 該当する項目は全て記入してください。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付してください。補聴器又は人工内耳体外機を以下「補聴器等」といいます。

<対象児>

次の要件をすべて満たす者とする。

- (1) 保護者が市内に住所を有すること
- (2) 18歳以下であること(18歳に達した日の属する年度の3月31日まで)
- (3) いずれかの耳又は両耳の聴力レベルが30デシベル以上であること  
(ただし、医師が特に必要と認めるときは、この限りでない。)
- (4) 聴覚障害を事由とする身体障害者手帳の交付対象とならない者であること  
(ただし、人工内耳体外機の更新費用を助成対象経費とする場合は、この限りでない。)
- (5) 補聴器等の装用により、言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断する者

### 補聴器の種類・型・装用耳

#### 重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

- ・ 軽度・中等度難聴用：30～70dBの難聴に対応できる補聴器
- ・ 高度難聴用：70dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・ 重度難聴用：90dB以上の難聴に対応できる補聴器

※ 上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

#### 両耳装用の場合

- ・ 両耳装用が必要な場合は、その理由及び具体的な効果について記入してください。

#### ポケット型、耳かけ型、耳あな型、骨導式

- ・ 耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

○耳あな型 … ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が身体上使用できない等、真に必要な者。  
特に、オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者。  
(例示)

#### 【身体上の理由】

- ・ 耳介変形のため、耳かけ型を耳に掛けることができない。

○骨導式 … 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者

#### イヤモールド

- ・ イヤモールドの必要の有無は必ず記入してください。既成の耳栓ではハウリングが発生するなど、必要な場合に処方をお願いします。

### 補聴器等の必要性

- ・ 申請する補聴器等の目的等について具体的に記入してください。

### 使用効果見込等評価所見

- ・ 効果見込等について具体的に記入してください。