様式第２号（第５条関係）

|  |
| --- |
| **医師意見書** |
| 氏名 |  | 男・女 | 　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 住所 |  |
| 診断名 |  | ※４分法平均聴力を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右耳 | 左耳 |
| 聴力レベル | 　　　　　ｄB | ｄB |

聴力検査の種類（COR・プレイオージオメトリー・純音聴力検査）　オージオメータの型式　　　　　　　　　　　　検査日（　　　　年　　月　　日）Hz

|  |
| --- |
| 125　　　250　　500　 1000　 2000　 4000　 8000 0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100110 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| dB※気導・骨導聴力をご記入ください。 |  |  |  |

ABR、ASSRなどの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載してください。【備考】 |
| 障害の種類 | ・伝音難聴　・混合難聴・感音難聴 |
| 鼓膜の状態 | 　　 |
| 補聴器の種類（処方） | 耳かけ型重度難聴用　（右・左）高度難聴用　（右・左）ポケット型重度難聴用　（右・左）高度難聴用　（右・左）骨導式（ポケット型・眼鏡型）（右・左）耳あな型（レディメイド・オーダーメイド）（右・左）イヤモールド（右・左）　ＦＭ補聴システム　　 ＦＭ型受信機　（右・左）　　 ＦＭ型ワイヤレスマイク（送信機） |
| 現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入ください。 |  |
| 補聴器を必要とする理由及び具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど）※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用、耳あな型補聴器、イヤモールドが必要な理由等をご記入ください。 |  |
| １　意見書の記載は、富山県が実施する新生児聴覚検査事業における精密検査機関に属する医師に限る。２　難聴児の補聴器の交付は、教育・生活上等真に必要と認めた場合、両耳装用として２台交付することができる。３　当該児は、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に基づく支給等に該当する場合、そちらを優先することとする。 |
| 上記のとおり意見する。　　年　　月　　日　　所在地　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |