
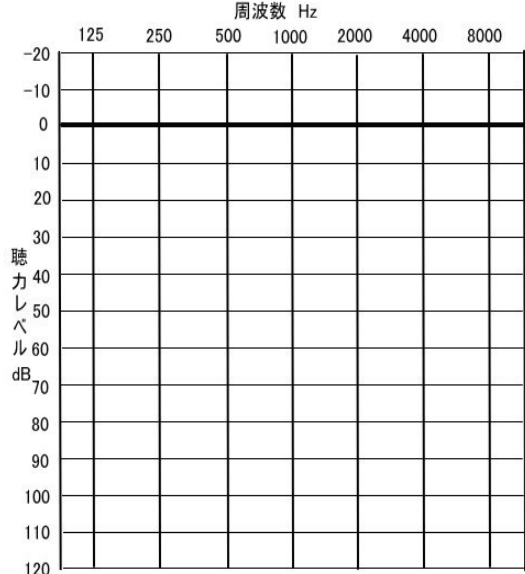


## 横須賀市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業医師意見書

氏名	ふりがな		生年月日	年	月	日	歳
			住所				
医 学 的 診 断	難聴の種類		1 感音性難聴 ( 右 ・ 左 )		2 伝音性難聴 ( 右 ・ 左 )		
			3 混合性難聴 ( 右 ・ 左 )		4 その他 ( )		
	疾病・外傷発生年月日		年 月 日				
	《治療経過・現在の障害状況・補聴器を必要とする理由等》						
現 症	原因	(治療による聴力回復が見込める中耳炎等、急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となる。)					
							
補 聴 器 の 処 方 内 容	1 軽度・中等度難聴用ポケット型 装用 2 軽度・中等度難聴用耳かけ型 3 高度難聴用ポケット型 4 高度難聴用耳かけ型 5 重度難聴用ポケット型 6 重度難聴用耳かけ型 7 骨導式ポケット型 ※1 8 骨導式眼鏡型 ※2 9 耳あな型 (レディメイド) ※3 10 耳あな型 (オーダーメイド) ※4		1 右耳 2 左耳 3 両耳 ※6		# オーディオメーターの形式 ( ) # 聴力 (聴力レベル) (4 分法) 右 :          dB      左 :          dB # 《オーディオグラム》 (別添可)		
	その他、特に必要なもの ※5 1 イヤモールド 2 補聴援助システム 3						
	適応理由 (特に上記処方が必要な理由) (※1～※6を処方する場合は必ず記入すること。) (※6 教育上、生活上特に必要と認めた場合は両側に交付することができる)						
			純音聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、OAE等の検査結果を別に添付すること。 # 語音明瞭度 (右      %) (左      %)				
使用効果見込み (補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無、見込み等を記入すること。)							
上記のとおり意見する <div style="text-align: right;">年      月      日</div> <div style="text-align: center;">           医 療 機 関 名            所      在      地            診      療      科      名            医      師      氏      名         </div> <div style="text-align: right;">印</div>							

意見書の記載は、原則、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師に限る。

## 【横須賀市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業について】

本意見書は、身体障害者手帳(聴覚障害)の交付対象とならない横須賀市在住の18歳未満の軽度・中等度難聴児(原則として、両耳の聴力が30dB以上70dB未満)に対し、横須賀市が補聴器購入等の一部を助成する制度において、申請時に必要なものです。

そのため、身体障害者手帳(聴覚障害)を所有する児童や、軽度・中等度難聴(原則として両耳の聴力が30dB以上70dB未満)に該当しない児童については対象とはなりません。

原則として、本意見書は障害者総合支援法第54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の医師、または身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師がご記入ください。

## 【記載についての注意事項】

### 1 「医学的診断」欄について

- ・ 難聴の状況、これまでの治療の経過等を記載してください。
- ・ 鼓膜の状態は、耳漏の有無、混濁、穿孔等あれば、その形状も含めて記載してください。
- ・ 耳鼻咽喉科的治療による聴力回復を見込める中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となります。

### 2 「聴力検査」について

- ・ 聴力検査の結果(別添も可)、難聴の種類、鼓膜の状態、補聴器装用による効果を記載してください。「# 聴力」欄について、会話音域の平均聴力レベルを記載するものとし、周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力レベル(dB値)をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式(4分法)により算定した数値とします。

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

- ・ 純音聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、OAE等の検査結果を別に添付してください。

### 3 「補聴器の処方内容」について

- ・ 「耳あな型」の対象は、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児童です。オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可な児童です。
- ・ 「骨導式」の対象は、伝音性難聴であって、耳漏が著しい又は外耳閉塞症等を有する児童で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な児童です。
- ・ 「両耳」装用について、教育上、生活上特に必要と認めた場合は両側に交付することができます。

### 4 「使用効果見込み」について

- ・ 補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無や見込み等を記入してください。

### 5 その他

- ・ 各記載欄に記載しきれないとき及び聴力検査結果は別紙記載の添付も可能です。