

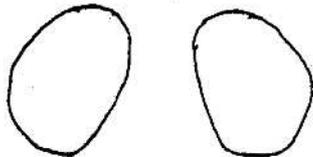
氏名	男・女		年	月	日生 (歳)
住所	区・郡 市	町 村	丁目	番	号 (方)

※身体障害者手帳（聴覚障害）に該当する聴力の場合は、本事業の対象ではありません。

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項にもとづく指定医、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（耳鼻いんこう科）の医師または利用者の主治の耳鼻いんこう科医師が記入してください。

1 聴覚障害の状況および所見

- (1) 難聴の種類
伝音難聴・感音難聴・混合難聴
- (2) 鼓膜の状況



- (4) オーディオグラム (別紙可) ※検査可能な場合は
検査法 () 骨導値記入

聴力レベル (dB)	0							
	10							
	20							
	30							
	40							
	50							
	60							
	70							
	80							
	90							
	100							
	110							
	120							
		125	250	500	1000	2000	4000	8000
		周波数 (Hz)						

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %

2 必要とする補聴器等およびイヤモールド

※該当する部分に○を付けてください。

装用 耳	中等度～高度難聴用 (聴力レベル90dB未満)		重度難聴用(聴力レベル90dB以上)		耳穴型		骨導式		イヤモールド	専門的知識・技能を 有する者による調整	補聴システム (FM型・デジタル方式)			
	ポケット型	耳掛け型	耳掛け型	ポケット型	レディメイト	オーダーメイト	ポケット型	眼鏡型			ワイヤレス マイク	受信機	オーディオ オシユエ	
右										要・不要	要・不要			
左										要・不要	要・不要			

※ 原則は、片耳分とします。教育上、生活上特に必要があり有効性を認める場合には、両耳分について認められる場合があります。

3 補聴器等必要とする理由および具体的効果 (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、両耳装用が必要な理由、補聴システムが必要な理由等を御記入ください。

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関名

所在地・電話

医師名