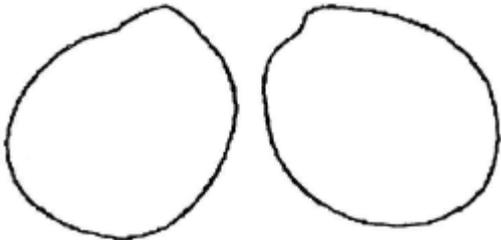
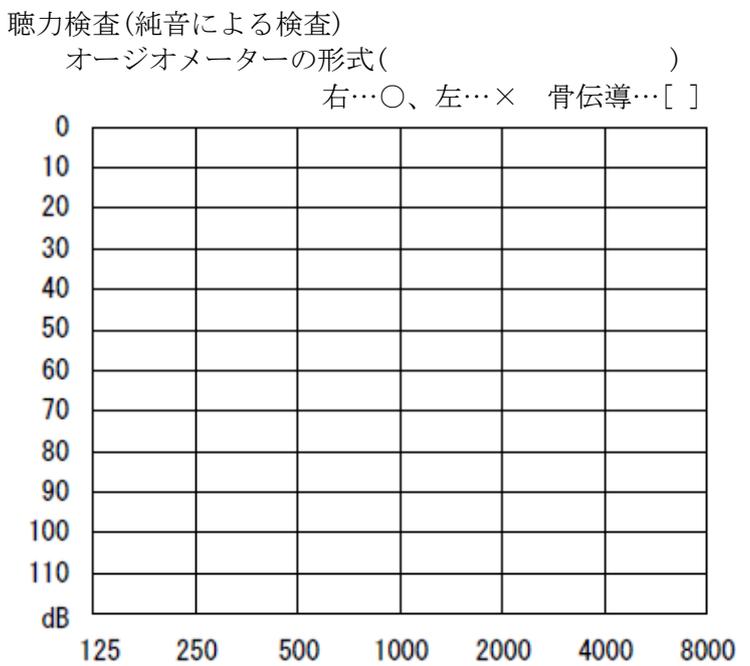


様式第2号(第6条関係)

坂井市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成交付医師意見書				
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	福井県坂井市			
原因疾患名	(発生 年 月 日)			
障害原因	先天性・後天性 (外傷・交通事故・傷病・自然災害・その他 ())			
障害の経過	発生・経過			
	現況			
	難聴の種類	聴力レベル(4分法)	言語明瞭度	補聴効果
右耳	伝音性・感音性・混合性	dB	%	有・無
左耳	伝音性・感音性・混合性	dB	%	有・無
鼓膜の状態		身体障害者手帳の交付基準に (該当する ・ 該当しない)		
		聴力検査(純音による検査) オーディオメーターの形式() 右…○、左…× 骨伝導…[]		
補聴器の処方	ポケット型	軽度・中等度難聴用 その他 ()		
	耳かけ型	軽度・中等度難聴用 その他 ()		
	耳あな型…①	レディメイド		
		オーダーメイド		
	骨導式…②	ポケット型		
		眼鏡型		
FM型加算…③				
装用耳	右・左			
イヤモールド	不要・必要 (理由:)			
①～③や両耳装用を必要とする理由				
補聴器装用による具体的効果				
上記のとおり診断する。 年 月 日 (医療機関名) (所在地) (医師氏名) (診療科) 自署				
備考 本来は上記処方が適当であるが、本人は差額自己負担で()型を希望している。				



※意見書の作成は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づき指定された医師(聴覚障害)に限ります。
 ※この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。