様式第２号（第５条関係）

雲南市難聴児補聴器意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日生　　（　　　歳） |
| 現症とその状況 |  |
| 補聴器の名称及び処方(□にチェック) | □ポケット型　　□耳かけ型　　　□イヤーモールド＊耳あな型　：　□レディメイド　□オーダーメイド＊骨導式　　：　□ポケット型　　□眼鏡型 |
| 補聴器の必要な理由及び利用能力 | （上欄＊印に該当する場合又は両耳に装用の必要がある場合は、具体的な理由も記載して下さい） |
| 現症：聴力検査データ表（会話音域の平均聴力レベル）４分法による | 〔聴力〕　　オージオメーター型式〔　　　　　　〕右　　　㏈左　　　㏈〔障害の種類〕伝音性難聴感音性難聴混合性難聴〔鼓膜所見〕 |
| 補聴器使用の検査結果 | 〔補聴器使用の効果及びデータ〕〔聴力〕右　　　㏈左　　　㏈〔語音明瞭度検査〕・40ｃｍ離れて普通の会話が分かるか・簡易表による明瞭度測定（補聴器を使用して測定：正解には○をつけること）正解数　　／20×100＝正解率　　％

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ア | キ | シ | タ | ニ | ヨ | ジ | ウ | ク | ス |
| ネ | ハ | リ | バ | オ | テ | モ | ワ | ト | ガ |

 |
| 上記の通り補聴器の必要を認める　　　　年　　月　　日　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　＊１８歳未満で、原則として両耳ともに３０db以上７０db未満の軽度・中等度難聴児が対象です。

　＊耳あな型はポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者であること。（身体上、ポケット型及び耳かけ型が使用できない明確な理由が必要です。）

　＊補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上真に必要と認めた場合は２台交付することができます。