

様式第 2 号（第 6 条関係）

太宰府市難聴者補聴器処方医師意見書

氏 名		生年 月 日	年 月 日生 (歳)																																																
住 所																																																			
障がい名																																																			
疾患名																																																			
現 症（耳鼻疾患の有無・障がいの状況・耳漏の有無等）																																																			
0 dB 聴力レベル <table><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz 1 鼓膜の状況 2 平均聴力レベル 右 dB 左 dB 3 その他（※） (※「3」については、標準聴力検査の結果によらない場合、 ABR、ASSR、DPOAE 等の検査結果を記載すること。)				20								40								60								80								100								120							
20																																																			
40																																																			
60																																																			
80																																																			
100																																																			
120																																																			
聴覚障がいに関し、身体障害者手帳の交付基準に、 ☐ 該当する ☐ 該当しない																																																			
補聴器の 名 称 等	☐ 新 規 ☐ 再交付（前回交付 年 月 日）																																																		
	補聴器の種類	装用耳	イヤモールド																																																
	☐ 高度（軽度・中等度）難聴用 (☐ ポケット型・ ☐ 耳かけ型)	右	要 ・ 否																																																
	☐ 上記以外の補聴器 ()	左	要 ・ 否																																																
補聴器の 処方内容	※特に「両耳装用」の場合や「高度（軽度・中等度）難聴用」以外の処方では、その必要性、 本助成制度への適合、医学的適応等をより具体的に記載すること。																																																		
イヤモールド [※] の 必 要 性																																																			
処方効果																																																			
※意見書の作成者は、身体障害者福祉法第 15 条 1 項に規定する指定医師（聴覚障害）又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第 59 条第 1 項に規定する医療を行う機関（耳鼻咽喉科を有する医療機関に限る。）において、当該医療を担当する医師に限る。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名																																																			