

大山崎町中等度難聴者補聴器購入費助成事業に係る医師意見書

※太枠内は、申請者が記入してください。#

補聴器利用者	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	大山崎町 字 (大山崎・円明寺・下植野) 小字		

以下の記載は(一社)日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の委嘱を受けた補聴器相談医、または身体障害者福祉法(昭和 24 年法律第 283 号)に規定する都道府県知事の定める医師に限る

上記の者は、下記のとおり、聴力の低下のため補聴器の使用が有用かつ必要であることを認めます。

記

身体障害者手帳の基準に該当するか否か	当てはまる方に○をつけてください。 該 当 し な い ・ 該 当 す る ※ (※該当する場合は本意見書の作成は不要です。身体障害者手帳の申請をご案内ください。)						
聴 力 レ ベ ル	右:	dB	最高語音明瞭度*	右:	%(dB)	補聴効果	右: 有 ・ 無
	左:	dB		左:	%(dB)		左: 有 ・ 無
対 象 聴 力	該当するチェック欄（□）にレ点をご記入ください。（ ４分法 により☑してください。） ☐ ４分法で一側耳が４０dB以上かつ他側耳が３０dB以上 ☐ その他（ ）						
特 記 事 項							
聴力検査結果	オーディオグラム(3か月以内のもの)をこの欄(裏面でも可)に貼付するか、本書裏面右肩にホチキスで留めてください。						

* 語音明瞭度検査は必要に応じ実施してください。

年 月 日

医療機関名

醫師名 印 ※

※署名の場合押印は不要です。

※ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡してください。

【オーディオグラム検査結果貼付欄】**医師意見書記載に当たっての留意事項**

- 1 意見書の記載は、一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会より補聴器相談医に委嘱された医師または身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 15 条第 1 項に規定する都道府県知事の定める医師が記載してください。
- 2 補聴器購入費助成対象者は、1 の医師による診察を受けた満 18 歳以上の大山崎町民のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない、4 分法で一側耳 40 dB以上かつ他側耳 30 dB以上の方で、補聴器装用による効果がある方となります。語音明瞭度検査は必要に応じ実施してください。なお、装用について必要な留意事項等がある場合は、特記事項欄に記載してください。
- 3 この医師意見書の文書料は、対象者の全額自己負担です。対象者の方から全額徴収してください。

※検査の結果、補聴器装用が不要の場合は、本意見書への記載はせず、口頭で結果を受診者にご説明ください