別記様式第２号（第５条関係）

長岡京市軽度・中等度難聴児発育支援事業に係る医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 　　　　年　　月 　日生（　　歳） |
| 住　所 | 長岡京市 |
| 障がい・疾患等の経過及び現症 |  |
| 補聴器装用の効果の見込み | □補聴器装用により言語の習得等に一定の効果があると見込まれる□その他 |
| 難聴の種類 | 伝音性 ・ 感音性 ・ 混合性 |  |
| 聴力レベル（会話音域の平均聴力レベル） | 右　　　　　　ｄＢ |
| 左　　　　　　ｄＢ |
| 補聴効果 | 右 　有・無 | 聴力検査（純音による検査）オージオメーターの形式（　　　　　　　　　　　　　　　）右　－　○［　左　…　×　］ |
| 左 　 有・無 |
| 補聴器の処方  | 両耳装用の必要性 | 要　・　否 |
| □右□左 | 高度難聴用ポケット型 |
| □右□左 | 高度難聴用耳かけ型 |
| □右□左 | その他　( ) |
| イヤモールド | 要　・　否 |
| その他の所見 | **（両耳装用・イヤモールドの必要性が「要」の時は、具体的理由を必ず記載）** |
| 　 　年　　月　　日医療機関名所在地作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

注１：本意見書は身体障害者福祉法第１５条第１項の指定医師又は障害者総合支援法第５４条第２項の指定自立支援医療機関の医師により作成して下さい。

注２：補聴器は、児童１人につき１個（片耳分）とします。教育・生活上等特に必要と認めた場合は２個（両耳分）とすることができます。