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。