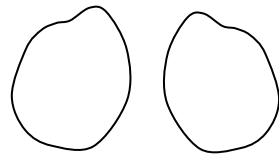
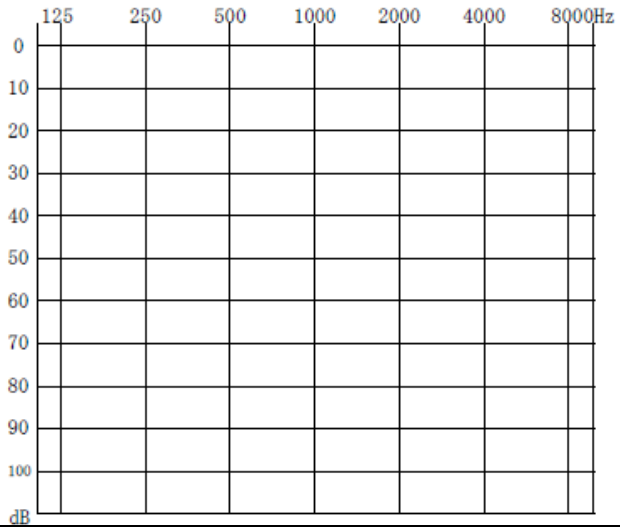


別記様式第2号（第5条関係）

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		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 d B			
		左 d B			
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			
		<input type="checkbox"/> 右 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 左			
		<input type="checkbox"/> 右 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 左			
		<input type="checkbox"/> 右 その他 <input type="checkbox"/> 左 ()			
		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。