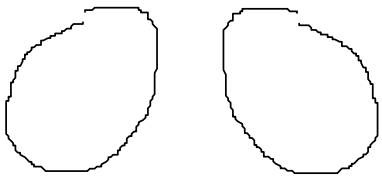


氏 名			生年月日	年 月 日生 (歳)																																																													
住 所	別海町																																																																
①難聴の原因となつた疾病名	(発生年月日 年 月 日)		疾病・先天性 その他 ()																																																														
② 経過・現症	※耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込み (□ある・□なし)																																																																
③ 所 見	1 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)		5 聴力検査の結果 (アは必須。イは必要に応じて記載)																																																														
	2 難聴の種類 □ 伝音性難聴 □ 感音性難聴 □ 混合性難聴 3 鼓膜の状態 (右) (左)  4 補聴器装用による補聴効果に関する意見		ア 純音による検査 (検査実施年月日 年 月 日) ※骨導聴力についても記載のこと オージオメータの型式 _____ 500 1000 2000 Hz <table border="1"><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> dB イ 語音による検査 <table border="1"><tr><td>右</td><td>% (</td><td>d B)</td></tr><tr><td>左</td><td>% (</td><td>d B)</td></tr></table> ※語音明瞭度は検査データを添付してください。			0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					右	% (	d B)	左	% (
0																																																																	
10																																																																	
20																																																																	
30																																																																	
40																																																																	
50																																																																	
60																																																																	
70																																																																	
80																																																																	
90																																																																	
100																																																																	
右	% (	d B)																																																															
左	% (	d B)																																																															
④ 処 方	右 補聴器装用 (□要 □不要) □ ポケット型 □ 耳かけ型 → □ 軽度・中等度難聴用 □ 高度難聴用 イヤモールド □ 要 □ 不要 □ その他 () ※両耳装用が必要な場合、その理由について記載してください。 []		左 補聴器装用 (□要 □不要) □ ポケット型 □ 耳かけ型 → □ 軽度・中等度難聴用 □ 高度難聴用 イヤモールド □ 要 □ 不要 □ その他 ()																																																														
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 医師名																																																																	

【記載上の留意事項について】

検査の結果、聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象となる場合は、本事業による助成ではなく、身体障害者手帳を取得後の障害者総合支援法に基づく補装具費による補聴器支給が優先となります。

- 1 選択肢がある場合は、該当項目にレ印を付けてください。
- 2 各記載欄に記載しきれないとき及び検査結果は、別紙に記載して添付していただいても結構です。
- 3 ②欄には難聴の状況、これまでの治療の経過等を記載してください。また、耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込みについて、ある・なしのいずれかにレ印を付けてください。（中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下の場合、本事業による助成の対象外となります。）
- 4 ③欄には、聴力検査の結果、難聴の種類、鼓膜の状態、補聴器装用による効果を記載してください。
 - (1)「1 聴力」欄について、会話音域の平均聴力レベルを記載するものとし、周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB値）をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式により算定した数値とします。
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
 - (2)「2 難聴の種類」には該当する欄にレ印を付け、「3 鼓膜の状態」には鼓膜の状態を具体的に記載してください。
 - (3)「4 補聴器の装用効果」には、補聴器装用を必要とする理由及びその具体的効果について記載してください。
- 5 ④欄には、適応となる補聴器の処方内容について、該当する欄にレ印を付けてください。なお、本事業の助成基準額は、補装具費支給基準における「高度難聴用耳かけ型」の補聴器の額と、実際に購入に要する費用のどちらか低い額となります。

また、両耳装用が必要な場合については、その理由を具体的に記載してください。

【問合せ先】

086-0205 野付郡別海町別海常盤町280番地

別海町 福祉部 福祉課 社会・障がい福祉担当

電話 0153-75-2111 FAX 0153-75-2773