

釧路市難聴児補聴器購入等助成 医師意見書

様式 1

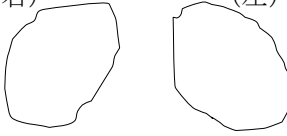
主治医の皆様へ

この意見書は釧路市に住所を有する以下の条件に当てはまる場合に記載していただくものです。

18 歳未満の児童で

両耳の聴力レベルが **30 デシベル以上**で **身体障害者手帳の交付対象とならない難聴児**

※記載の際には裏面の留意事項をよくお読みください。

氏 名			生年月日	年 月 日生 (歳)																																																																		
住 所	釧路市																																																																					
難 聴 の 原 因	発生年月日 (年 月 日) 事故・疾病・先天性・その他																																																																					
経 過	難聴の状況、これまでの治療経過等																																																																					
耳鼻咽喉科的治療による回復の見込み⇒ ☐ あり ☐ なし																																																																						
所 見	1. 聴力 (会話音域の平均聴力レベル) <table> <tr> <td>右</td><td>dB</td></tr> <tr> <td>左</td><td>dB</td></tr> </table>		右	dB	左	dB	5. 聴力検査の結果 (アは必須。イは必要に応じ記載) ア. 純音による検査 <table> <tr> <td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>Hz</td></tr> <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>					500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100				
	右	dB																																																																				
左	dB																																																																					
	500	1000	2000	Hz																																																																		
0																																																																						
10																																																																						
20																																																																						
30																																																																						
40																																																																						
50																																																																						
60																																																																						
70																																																																						
80																																																																						
90																																																																						
100																																																																						
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器効果に関する意見		イ. 語音による検査 <table> <tr> <td>最良語音明瞭度</td><td></td></tr> <tr> <td>右 % (dB)</td><td></td></tr> <tr> <td>左 % (dB)</td><td></td></tr> </table> ※なお、語音明瞭度の場合は検査結果データを添付してください。				最良語音明瞭度		右 % (dB)		左 % (dB)																																																												
最良語音明瞭度																																																																						
右 % (dB)																																																																						
左 % (dB)																																																																						
処 方	右 ⇒ 補聴器装用 (☐ 要 ☐ 不要) ☐ ポケット型 ☐ 軽度・中等度難聴用 ☐ 耳かけ型 ☐ 高度難聴用 ☐ その他 ☐ 重度難聴用 イヤーモールド (☐ 要 ☐ 不要)		左 ⇒ 補聴器装用 (☐ 要 ☐ 不要) ☐ ポケット型 ☐ 軽度・中等度難聴用 ☐ 耳かけ型 ☐ 高度難聴用 ☐ その他 ☐ 重度難聴用 イヤーモールド (☐ 要 ☐ 不要)		両耳装用が必要な場合、その理由をご記載ください。																																																																	
上記のとおり意見する。 病院又は診療所名称 所在地 診療担当科名			令和 年 月 日 科 医師名 _____																																																																			

【記載上の留意事項について】

検査の結果、聴覚障がい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、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 「経過」の欄には難聴の状況、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 「所見」の欄には、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 「処方」の欄には、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】

釧路市 福祉部 障がい福祉課

〒085-8505 釧路市黒金町7丁目5番地

釧路市役所 防災庁舎3階 23番窓口

電話 0154-31-4537 FAX 0154-25-3522