様式第２号（第６条関係）

補聴器に関する医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 住　　　所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日（年齢） | 年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 病　　　名 |  |
| 聴　　　力 | 　　右　　　　　　㏈ | 　　　左　　　　　　㏈ |
| 補聴器の要・否 | 右（要・否） | 左（要・否） |
| 補聴器の効果 | （効果） |
| ※ 両耳の聴力が４０㏈未満の場合は装用の必要性を記入 |
| 処　　　方（補聴器の種類） | □ ポケット型　　　　□ 耳かけ型　□ 耳あな型　　　　　□ その他（　　　　　　　　　） |
| 上記のとおり診断する。　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） |

（留意事項）

１　本意見書は身体障害者福祉法第１５条第１項による指定医が作成してください。

２　聴力の測定は、平成１５年１月１０日付け厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発第１１０００１号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」に規定する純音オージオメータ検査によります。

３　両耳の聴力が４０デシベル未満の場合は原則助成の対象にならないため、装用の必要性を認める具体的な理由を記入してください。

４　本意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。