

様式第 2 号（第 4 条関係）

補聴器交付支給意見書

1. 児童の 氏名等	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
2. 原傷病名				
3. 平均聴力	右耳	デシベル	左耳	デシベル
	*補聴器の交付条件：両耳の聴力レベルが 30 d B 以上で、身体障害者手帳及び大阪府難聴児補聴器交付事業の対象とならない軽度難聴児です。			
4. 障がい の状況等	(障がいの状況)			
5. 聴力検査	聴力検査実施日		年 月 日	6. 補聴器の処方
	オーディオグラム	オーディオメーターの形式		☐ 耳かけ型
				☐ 右耳・ ☐ 左耳・ ☐ 両耳
				☐ ポケット型
				☐ 右耳・ ☐ 左耳・ ☐ 両耳
		☐ 耳穴型		
		☐ 右耳・ ☐ 左耳・ ☐ 両耳		
		7. イヤモールドの処方		
		☐ 必要・ ☐ 不要		
		8. 検査日（この診断書記載に必要な検査日）		
		年 月 日		
		年 月 日		
その他検査	*オーディオグラムによる検査が不可能な場合は、その他の検査方法 (ABR 等) とその理由を記載し、検査結果表を添付してください。（上記の 3（平均聴力）及び 4（障がい状況等）は記載してください。）			
	(検査方法)		(理由)	
*この意見書の作成は次のいずれかの医師です。（該当する□欄に✓をしてください。） ☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 59 条第 1 項に定められた指定自立支援医療機関の医師 ☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定により大阪府知事等が指定した医師 ☐ 上記と同等と市長が認める医師（耳鼻咽喉科）				
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名				