様式第２号（第４条関係）

補聴器購入等意見書

本意見書の記入者は、身体障害者福祉法により都道府県知事が定める医師に限ります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  　年 　月　 日 |
| 病名 |  |
| 聴力(４分法平均※) | 右　　　　　　dB | 左　　　　　　dB |
| 補聴器等の要 ・ 否及び効果 | 右(要　・　否)　　　　 　 左(要　・　否)(効果)(両耳に必要な場合は、その理由) |
| 処方 | 補聴器等の種類 | □ 軽・中等度難聴用ポケット型□ 軽・中等度難聴用耳かけ型　□ 高度難聴用ポケット型□ 高度難聴用耳かけ型□ 補聴援助システム（□受信機□オーディオシュー）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| イヤーモールド | * 有　　　　　　□ 無
 |
| 　上記のとおり診断する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名 　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　 |

※　４分法平均聴力とは、周波数500、1000、2000Hzにおける気導聴力閾値の測定値をそれぞれa、b、cとした場合、(a＋2b＋c)／4の数式で算定した数値とします。ただし、測定値が100dB以上の場合は105dBとして計算します。

なお、聴力の測定は、JIS規格に適合したオージオメータを用いた純音聴力検査によります。