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。