様式第２（第５条関係）

補聴器の装用に関する意見書

　※該当する□には、レ印を付けてください。

　※記入前に裏面の留意事項をご確認ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所　 | 安城市 |
| フリガナ氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　 　月　 　日 |
| 難聴の原因となった疾病・外傷名 | 最終診察日　　　　年　　 月　 　日 |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力　　　レベル | 右　　　 ｄＢ　　左　　 　ｄＢ　検査日 　　 　年 月　　日　　　　 |
| 補聴器の必要性 | □必要　（　□右耳　　　□左耳　）　　 |
| 補聴器の装用における特記事項 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり意見する。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）□ 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の理事長が委嘱した補聴器相談医□ 身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師　　　　　　　　　　　（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

意見書記載に当たっての留意事項

１　意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の理事長が委嘱した補聴器相談医又は身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師が記載してください。

２　聴力測定は、純音オージオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数５００、１，０００、２，０００ヘルツの純音に対する聴力レベル（デシベル値）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てください。

$$\frac{a+2b+c}{４}$$

３　特記事項がありましたら、「補聴器の装用における特記事項」の欄に記入してください。