

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（6歳未満）

氏名			男・女	年 月 日生（ 歳 ）	
住所					
障がいの種類	☐ 伝音性難聴 ☐ 混合性難聴 ☐ 感音性難聴 ☐ その他 ()		ABR・ASSR閾値		
			ABR・ASSR 右 d B 年 月 日実施 左 d B 検査機関名 医師氏名		
補聴器の装用効果	右 ☐ 有 ☐ 無		ABR・ASSR 右 d B 年 月 日実施 左 d B 検査機関名 医師氏名		
	左 ☐ 有 ☐ 無		ABR・ASSR 右 d B 年 月 日実施 左 d B 検査機関名 医師氏名		
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類		COR・PLAY・標準純音 右 d B 年 月 日実施 左 d B		
	☐ 耳かけ型 ☐ その他の型式 ()		聴力レベル (dB) 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 250 500 1000 2000 4000 周波数 (Hz)		

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・日田市内に住所を有していること。
- ・両耳の聴力レベルが30dB以上で、法令の規定に基づく補聴器の交付対象とならないこと。
- ・補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

補聴器の種類（処方）

40～70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット（箱）型、耳かけ型、耳あな型

- ・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

（参考） 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。
軟骨伝導式	原則として、伝音性難聴であって気導式補聴器（ポケット型、耳かけ型、耳あな型）、骨導式補聴器のいずれにおいても補聴効果が期待できず、軟骨伝導補聴器が間違いなく適合することが認められる者。

イヤモールド

- ・既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

- （1）中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- （2）その他、留意すべき事項もこの欄に御記入ください。

検査結果

- （1）補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- （2）ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- （3）ASSR閾値は、周波数500、1,000、2,000、4,000Hzの音に対する値を、各々a・b・cとし、 $(a + 2b + c) / 4$ により算出してください。
- （4）検査結果は検査方法に○を、直近3回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。
- （5）3回の検査の間隔は、最低でも1ヶ月空けてください。