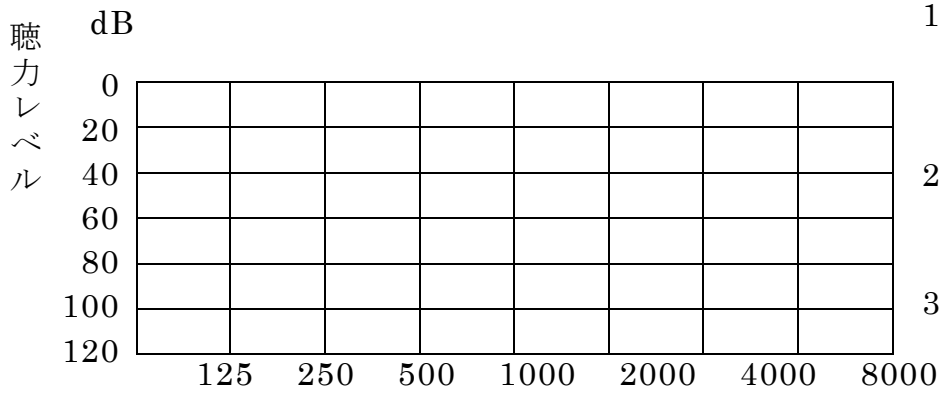
様式第２号（第６条関係）

宮古島市軽度・中等度難聴児補聴器処方医師意見書

氏　名		男・女	生年月日	年　月　日生（　　歳）
住　所				
障害名				
疾患名				

現　症（耳鼻疾患の有無・障がいの状況・耳漏の有無等）



1 鼓膜の状況

2 平均聴力レベル
右　　dB
左　　dB

3 その他（※）

（※３については、標準聴力検査の結果によらない場合 ABR、ASSR、DPOAE 等の検査結果を記載すること。）

聴覚障がいに関し、身体障害者手帳の交付基準に、□　該当する　□　該当しない

補聴器の名称等	□　新規　□　再交付（前回交付　　年　月　日）		
	補聴器の種類	装用耳	イヤモールド
	□ 高度（軽度・中等度）難聴用（□　ポケット型・□　耳かけ型）	右	要　・　否
		左	要　・　否
	□ 上記以外の補聴器（　　）	右	要　・　否
		左	要　・　否
補聴器の処方内容	※特に「両耳装用」の場合や「高度（軽度・中等度）難聴用」以外の処方では、その必要性、本助成制度への適合、医学的適応等をより具体的に記載すること。		
イヤモールドの必要性			
処方効果			

※意見書の作成者は、聴覚障害に関し、身体障害者福祉法第 15 条 1 項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。

年　　月　　日　　所　在　地

医療機関名

医　師　名　　印