様式第２－１号

**軽度・中等度難聴児への補聴援助システム貸与意見書**

※裏欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　　　所 |  | | | | | 歳 |
| 病　　　名 |  | | | | | |
| 障害の種類 | １　伝音性難聴　　２　感音性難聴　　３　混合性難聴 | | | | | |
| 現　　　症 | ４分法による聴力レベル（右　　　　ｄB）（左　　　　ｄB）聴力測定日  語音明瞭度検査　　　　（右　　　　 ％）（左　 　　　％）（　　年　　月　　日） | | | | | |
| オージオグラム記載欄（※**装用閾値の記載もお願いします。**貼り付けも可。） | | | | | |
| 障害の状況  その他の所見 | 現在の会話・  コミュニケー  ションの状況 |  | | | | |
| 補聴器の  使用状況 | 使用している（機種名　　　　　　　　）  【両 耳・右 耳 ・左 耳】 | | | | |
| 合併症  病名及び所見 | 病名： | | | | |
| 補聴援助システム利用の効果 | | 見込める | | | | |
| 上記のとおり意見します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所在地  作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　　　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 県立総合病院耳鼻科医師　審査助言 | | |
| 補聴援助  システム利用の適否 | 適当　・　不適当　・　判断困難 | | |
| 助　　　　言  留意点 |  | | |
| 記載年月日 | 年　　月　　日 | 医師名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **静岡県乳幼児聴覚支援センター審査欄** | | |
| 審査結果 | １　適当　　　２　不適当　　　３　保留 | |
| 【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】 | |
| 審査年月日 | 年　　　月　　　日 | 静岡県乳幼児聴覚支援センター　相談員 |