

第 2 号様式（第 5 条関係）

※この意見書は日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師に記載を依頼してください。

春日井市高齢者補聴器購入費支給についての意見書

対象者	住 所	春日井市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
難聴の原因 となった 疾病・外傷名				
経過と 現在の症状				
現在の 聴力レベル	右	d B	左	d B
補聴器の 必要性	<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳）			
処方における 特記事項				
確認事項	<input type="checkbox"/> 対象者は聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象外の聴力である。			
医師要件	<input type="checkbox"/> 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医			
上記のとおり意見する。				
年 月 日				
所在地				
医療機関名				
医 師 名				

※裏面の留意事項を御確認ください。

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認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する聴覚障害の区分に指定された医師が記載してください。
- 2 高齢者補聴器購入費の支給対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める 65 歳以上の高齢者のうち、補装具費などの対象とならない片耳の聴力レベルが 40dB 以上の方です。
- 3 聴力測定は、純音オーディ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（dB 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。
$$\frac{a+2b+c}{4}$$
- 4 「処方における特記事項」について
骨伝導補聴器の必要性などは、この欄に記載してください。