

難聴児補聴器給付意見書

氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (才)
住所	TEL _____		
①原因疾病名 (病名)			
②疾病発生年月日	年	月	日
③経過及び現症			
④新生児聴覚検査の結果	実施・未実施・不明	A A B R ・ D P O A E	両Pass・両refer 片refer (右・左)
⑤補聴器の種類 及び商品名等 ※処方する補聴器の該当 箇所に○	① 補聴器の種類	高度難聴用耳かけ型	骨導型
	② 装用耳	右耳	左耳
	③ イヤモールド	要	不要
	④ その他商品・型式名等		
⑥補聴器の必要性			
⑦使用効果見込み 等 評価所見			
⑧その他参考となる 合併症			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医療機関連絡先</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p>			

※本意見書を作成することができるのは、身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師（聴覚障害）のみです。
 ※この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。

