

札幌市子どもの補聴器購入費等助成事業 **補聴器相談医意見書**

※ この意見書を作成できるのは、一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会が委嘱した「補聴器相談医」に限られます。
記載上の留意事項については、裏面をご覧ください。

①氏名				②生年月日	年 月 日生	(歳)																																																																							
③難聴の原因傷病名																																																																													
④経過	※難聴の状況、これまでの治療の経過について記入してください。 (耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込み⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)																																																																												
⑤所見	※聴力レベル（気導・骨導）、鼓膜の状態などについて記入してください。 1 聴力（会話音域の平均聴力レベル） <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align:center;">右</td> <td style="width: 50%; text-align:right;">db</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">左</td> <td style="text-align:right;">db</td> </tr> </table> 2 難聴の種類 <input type="checkbox"/> 伝音性難聴 <input type="checkbox"/> 感音性難聴 <input type="checkbox"/> 混合性難聴 3 鼓膜所見 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align:center;">(右) </div> <div style="text-align:center;">(左) </div> </div> 4 補聴器装用による補聴効果に関する意見 5 聴力検査の結果（(1)又は(2)のいずれかを記載） (1) 純音による検査 ※気導聴力だけでなく、骨導聴力も記載してください。 検査実施年月日 年 月 日 オージオメータの形式 <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; text-align:center;"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (2) 語音による検査 <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">最良語音明瞭度</td> <td style="width: 15%;">右</td> <td style="width: 40%;">%</td> <td style="width: 15%;">(db)</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>%</td> <td>(db)</td> </tr> </table> ※語音明瞭度による場合は、検査結果データを添付してください						右	db	左	db		500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					最良語音明瞭度	右	%	(db)	左	%	(db)
右	db																																																																												
左	db																																																																												
	500	1000	2000	Hz																																																																									
0																																																																													
10																																																																													
20																																																																													
30																																																																													
40																																																																													
50																																																																													
60																																																																													
70																																																																													
80																																																																													
90																																																																													
100																																																																													
最良語音明瞭度	右	%	(db)																																																																										
	左	%	(db)																																																																										
⑥処方	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 右⇒補聴器装用 (<input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型⇒ <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤモールド (<input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要) <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 左⇒補聴器装用 (<input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型⇒ <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤモールド (<input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要) <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 補聴器の両耳装用が必要な場合、その理由をご記載ください。 </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align:center;">補聴援助システム</td> <td style="width: 15%;">電波方式 <input type="checkbox"/> FM式 <input type="checkbox"/> デジタル式</td> <td rowspan="2" style="width: 70%; vertical-align: top;"> ※左記のシステムを必要とする場合は、<u>医学的理由</u>を具体的に記入のうえ、<u>使用効果に係る検査データ</u>を添付してください。 </td> </tr> <tr> <td></td> <td>装用耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳</td> </tr> </table>						右⇒補聴器装用 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型⇒ <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤモールド (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> その他 ()	左⇒補聴器装用 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型⇒ <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤモールド (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> その他 ()	補聴器の両耳装用が必要な場合、その理由をご記載ください。	補聴援助システム	電波方式 <input type="checkbox"/> FM式 <input type="checkbox"/> デジタル式	※左記のシステムを必要とする場合は、 <u>医学的理由</u> を具体的に記入のうえ、 <u>使用効果に係る検査データ</u> を添付してください。		装用耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳																																																															
右⇒補聴器装用 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型⇒ <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤモールド (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> その他 ()	左⇒補聴器装用 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型⇒ <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤモールド (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> その他 ()	補聴器の両耳装用が必要な場合、その理由をご記載ください。																																																																											
補聴援助システム	電波方式 <input type="checkbox"/> FM式 <input type="checkbox"/> デジタル式	※左記のシステムを必要とする場合は、 <u>医学的理由</u> を具体的に記入のうえ、 <u>使用効果に係る検査データ</u> を添付してください。																																																																											
	装用耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳																																																																												
上記のとおり意見する。																																																																													
年 月 日 住所 医療機関名 補聴器相談医氏名																																																																													

記載上の留意事項について

- 1 この意見書を作成できるのは、一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会から委嘱された「補聴器相談医」である医師に限られます。
- 2 各記載欄に記載しきれないとき及び検査結果は、別紙に記載して添付していただいても結構です。
- 3 ③欄には、難聴の原因となった病名、症状名をできるだけ具体的に記載してください。
- 4 ④欄には、難聴の状況、これまでの治療の経過などを記入してください。また、耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込みについて、あり・なしのいずれかにレ点を記入してください（中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下の場合、本事業による助成の対象外となります）。
- 5 ⑤欄には、聴力検査の結果、難聴の種類、鼓膜の所見、補聴器装用による補聴効果に関する意見等を記入してください。
 - (1) 「1 聴力」欄について、会話音域の平均聴力レベルを記載するものとし、周波数500、1000、2000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ます。
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
 - (2) 「2 難聴の種類」には該当する欄にレ点を記入し、「3 鼓膜所見」には鼓膜の状態を具体的に記載してください。
 - (3) 「4 補聴器装用による補聴効果に関する意見」には、補聴器装用を必要とする理由及びその具体的な効果について記載してください。本事業の助成対象となるのは、原則としていずれかの耳の平均聴力レベルが30db以上の場合です。平均聴力レベルが30db未満であっても、補聴器装用効果が見込まれる場合、具体的な理由を記載してください。
 - (4) 検査の結果、聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象となる場合は、本事業による助成ではなく、身体障害者手帳を取得後、障害者総合支援法に基づく補装具費による補聴器支給が優先となります。
- 6 ⑥欄には、適応となる補聴器の処方内容について、該当する欄にレ点を記載してください。
 - (1) 本事業の助成基準額は、補装具費支給基準における「高度難聴用耳かけ型」の補聴器の額と、実際に購入に要する費用のどちらか低い額となります。
 - (2) 両耳装用が必要な場合については、その理由を具体的に記載してください。
 - (3) 補聴援助システムについては、難聴児の聴力や年齢、学習環境などを総合的に勘案し、教育場面において真に必要と認められる場合に限り、より装用効果の高い片側の耳に装用する1台分が助成の対象となります。
- 7 御不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

札幌市保健福祉局障がい保健福祉部障がい福祉課在宅福祉係
電話 011-211-2936