

別記様式第2号（第6条関係）

難聴児補聴器購入意見書

対象児童	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
原因疾患 外傷名	(発生日時 年 月 日)			
障害の 状況				
聴力	右	d B	左	d B
	聴覚障害に関し、身体障害者手帳の交付基準に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			
必要とする 補聴器等	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳		
		[両耳装用が必要な場合はその理由]		
	種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> その他の補聴器 []		
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド			
	[イヤモールドが必要な場合はその理由]			
補聴器の 装用による 効果見込				
※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条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。				
上記のとおり意見します。				
年 月 日				
医療機関名				
所在地				
診療科名				
作成医師氏名				