

様式第2号（第4条関係）

補聴器購入意見書

本意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項による指定医が作成してください。

対象者	住所	南魚沼市		
	氏名		生年月日	年 月 日
病名				
聴力 (4分法平均聴力) ※1	右	dB	左	dB
補聴器の 要否及び効果 ※2	右（要・否） (効果)		左（要・否） (効果)	
	(聴力が40dB未満の場合、または両耳に必要な場合は、その理由)			
処方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳掛け型	
		<input type="checkbox"/> 耳あな型	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	イヤーマールド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関名 医師氏名				印

本意見書の有効期限は、作成（診断）日から3か月です。

※1 4分法平均聴力とは、周波数500、1000、2000Hzにおける気導聴力閾値の測定値をそれぞれa、b、cとした場合、 $(a + 2b + c) / 4$ の数式で算出した数値とします。ただし、測定値が100dB以上の場合は105dBとして計算します。

なお、聴力の測定は、JIS規定に適合したオージオメータを用いた純音聴力検査によります。

※2 左右いずれかの聴力が40デシベル未満の場合は原則助成の対象になりません。ただし、意見書作成医が本事業の趣旨を踏まえ装用の必要性を認める旨記入がある場合はその限りではありません。