様式第3号(第8条関係)

　　　　　　第　　　　　号

　　　　年　　月　　日

滋賀県立リハビリテーションセンター所長　様

　　(滋賀県身体障害者更生相談所)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　彦根市長　　　　　　印

軽度・中等度難聴児補聴器の適合に係る意見依頼書

下記の児童に対する補聴器の適合に係る意見を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ  氏名(性別) | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　年齢　(　歳　箇月) |
| 住 所 |  |
| 依頼内容 | 該当するものに○を付けること。  【　耳あな型補聴器　】【　重度難聴用補聴器　】【　特例補装具　】 |
| 備考 |  |

※医師意見書の写しを添付すること。

(裏面)

調　査　事　項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査年月日　　　　　年　　月　　日 | | 調査担当者　職・氏名 |
| 難聴の原因・現在の状況  (身体・健康状況) |  | |
| 既往歴 |  | |
| 家庭環境 | 人世帯  単身家族　　複合家族  (同居人続柄　　　　　　　) | |
| 本人の生活状況 |  | |
| ※医師意見書内容以外で追記する必要があるものについて記載する。  (耳あな型を希望する場合)  耳かけ型・ポケット型補聴器を使用できない環境要因 |  | |
| 現在受療中の医療機関名 |  | |
| 補装具費と軽度・中等度難聴児補聴器購入費等事業による補聴器交付・修理状況 |  | |
| 備　　　　考 |  | |