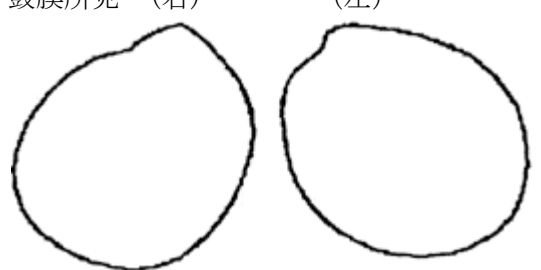


様式第2号(第5条関係)

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業補助金 医師意見書

氏 名			生年月日	年 月 日																																																																																												
住 所																																																																																																
傷 病 名			鼓膜所見 (右)	(左)																																																																																												
経過及び現症																																																																																																
1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴																																																																																																
言語明瞭度	右	%	聴力検査(純音による検査) オーディオメーターの形式() 右…○、左…× (dB) <table border="1"> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> dB <table border="1"> <tr><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td></tr> </table> (Hz)			0							10							20							30							40							50							60							70							80							90							100							110							125	250	500	1000	2000	4000	8000
0																																																																																																
10																																																																																																
20																																																																																																
30																																																																																																
40																																																																																																
50																																																																																																
60																																																																																																
70																																																																																																
80																																																																																																
90																																																																																																
100																																																																																																
110																																																																																																
125	250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																										
	左	%																																																																																														
聴力レベル	右	dB																																																																																														
※会話音域の平均聴力レベル	左	dB																																																																																														
補聴器の処方	軽度・中等度用	ポケット型																																																																																														
		耳かけ型																																																																																														
	高度難聴用	ポケット型																																																																																														
		耳かけ型																																																																																														
	重度難聴用	ポケット型																																																																																														
		耳かけ型																																																																																														
	耳あな型	レディメイド																																																																																														
		オーダーメイド																																																																																														
	骨導式	ポケット型																																																																																														
眼鏡型																																																																																																
補聴補助システム ()																																																																																																
特例補装具 ()																																																																																																
装用耳	右・左・両方																																																																																															
イヤモールド	要・不要																																																																																															
補聴器装用による補聴効果に関する意見																																																																																																
上記で耳あな型又は両耳装用を必要とする理由	(左記の必要性の具体的理由)																																																																																															
年 月 日 (病院名) (医師名) 印																																																																																																

◎該当するものを○で囲んでください。

注1 身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づき指定された耳鼻咽喉科の医師が作成すること

注2 耳あな型補聴器及び両耳装用の場合は、生活上、教育上真に必要な理由を記入してください。