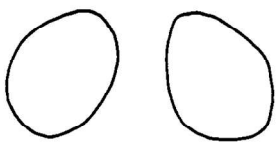
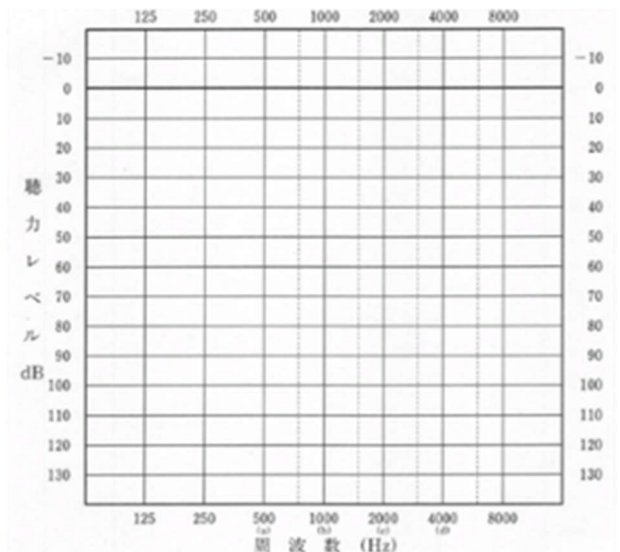


軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書

児童氏名				男・女	生年月日	年 月 日生	歳
住所							
疾病名							
聴覚障害の状況	聴力	右	d B	左	d B	会話音域の平均聴力レベル：4分法	
	障害の種類	1 感音性難聴（右・左）		2 伝音性難聴（右・左）		3 混合性難聴（右・左）	
	鼓膜所見 その他						
	聴力検査の結果	 【オーディオメーターの型式】 記入方法 気導：右耳○ 左耳×					
必要と認める補聴器等の種類	該当欄に○			(右・左)		使用効果等を記入してください（※の機種にあっては、医学的な特殊理由も併記）。	
	軽・中等度難聴用ポケット型						
	軽・中等度難聴用耳掛け型						
	※高度難聴用ポケット型						
	※高度難聴用耳掛け型						
	※重度難聴用ポケット型						
	※重度難聴用耳掛け型						
	※耳あな型（レディメイド）						
	※耳あな型（オーダーメイド）						
	※骨導式ポケット型						
	※骨導式眼鏡型						
	イヤモールド			要・不要			
※補聴援助システム受信機							
※補聴援助システム送信機							
オーディオシュー			要・不要				
給付の適否所見	適 ・ 否						
上記のとおり意見します。							
年 月 日							
医療機関名 作成医師氏名							

注 （一社）日本耳鼻咽喉科学会が指定した精密聴力検査機関の医師又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が記入してください。