

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業意見書

ふりがな			生年月日	年 月 日 歳		
氏名			住 所			
性別	男 ・ 女					
診 察 所 見	難聴の種別		伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴			
	聴力※ (聴力レベル)	右	d B			
		左	d B			
	音場検査		聴 力 レ ベ ル d B	聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）		
	裸耳 △	d B		周波数 Hz 125 250 500 1000 2000 4000 8000		
	装用 ▲	d B				
	その他の検査					
補 聴 器 処 方	装用耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳	イヤーマールド	要 ・ 否		
	タイプ	☐軽度・中等度難聴用ポケット型 ☐軽度・中等度難聴用耳かけ型 ☐高度難聴用ポケット型 ☐重度難聴用ポケット型 ☐高度難聴用耳かけ型 ☐重度難聴用耳かけ型 ☐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 ☐その他（ ）				
	適応理由等	(処方の詳細、処方理由等) ※耳あな型の処方では、必要性、医学的適応を必ず記入してください。特にオーダーメイドの場合、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記載してください。				
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関名 医師氏名 印						

