

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等支給意見書

氏名		年 月 日生
住所	帯広市	
疾病名	(発生年月日 年 月 日)	疾病・先天性 その他 ()
経過・現症	※耳鼻咽喉科治療による聴力回復の見込み (□ある・□なし)	

1 聴覚障害の状況及び所見

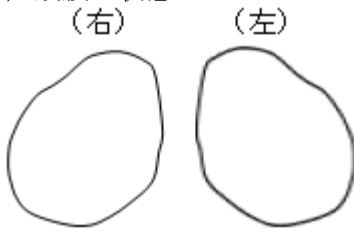
(1) 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)

右	% ()	dB
左	% ()	dB

(2) 障害の種類

- 伝音性難聴
- 感音性難聴
- 混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

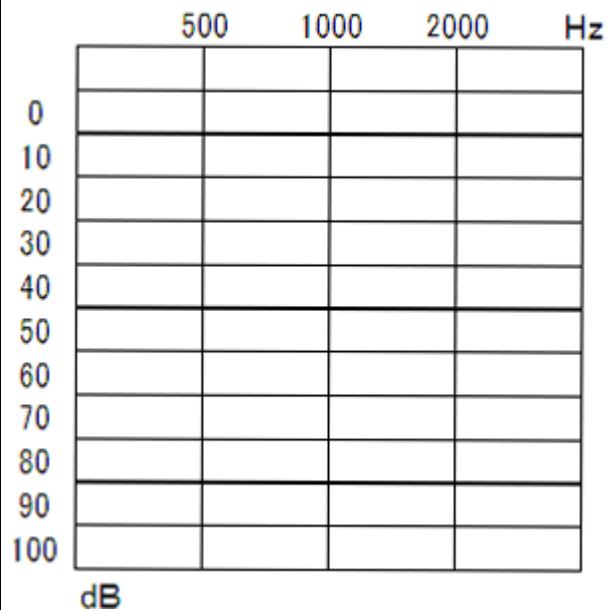


(4) 補聴器装用による補聴効果に関する意見

(5) 純音による検査 ※骨導聴力についても記載のこと

(検査実施日 年 月 日)

オーディオメーターの形式



(6) 語音による検査

※実施の場合、検査データ添付のこと

語音明瞭度	右	% ()	dB
	左	% ()	dB

2 必要とする補聴器

(右)

(左)

<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳かけ型	<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳かけ型
<input type="checkbox"/> イヤモールド (付属品)		<input type="checkbox"/> イヤモールド (付属品)	
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()	

3 補聴器を必要とする理由及び具体的効果 (言語の取得や生活能力の向上に寄与する等)

※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用が必要な場合はその理由を記入してください。

上記のとおり意見する

年 月 日 医療機関名
所在地・電話
医師氏名