様式第2号(第6条関係)

軽度・中等度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　　　　ｄＢ | | 周波数Hz  8000  4000  2000  125  250  聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）  -10  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  110  聴力レベル  dB   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   1000  500 | | | | |
| 左　　　　ｄＢ | |
| 音場検査 | | | | | | |
| 裸耳　△ | | | | ｄＢ | | |
| 装用　▲ | | | | ｄＢ | | |
| その他の検査 | | | | | | |
| 補  聴  器  処  方 | 装用耳 | | | 右耳　・　左耳　・　両耳 | | | | | | イヤモールド | | 要　・　否 |
| タイプ | | □軽度・中等度難聴用ポケット型　　□耳あな型（レディメイド）  □軽度・中等度難聴用耳かけ型　　　□耳あな型（オーダーメイド）  □高度難聴用ポケット型　　　　　　□骨導式ポケット型  □重度難聴用ポケット型　　　　　　□骨導式眼鏡型  □高度難聴用耳かけ型　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □重度難聴用耳かけ型 | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | |