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Hz800040002000125250聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）-100102030405060708090100110聴力レベルdB

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1000500 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |