様式第２号（第５条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 　　　年　 月　 日生 （　　　歳） |
| 住　所 |  |
| 疾病名 |  　 　 |
|  １ 難聴の状況及び所見  ①難聴の種類（該当欄に○をつけてください）  |
|  |  | 右 | 左 |  |
| 伝 音 性 難 聴 |  |  |
| 感 音 性 難 聴 |  |  |
| 混 合 性 難 聴 |  |  |
|  ②鼓膜所見・その他　 ③聴力検査の結果　 　□ 聴力 （平均聴力レベル） |
|  　　　　　　　 |  右 ｄＢ |  　　　　　　　　　□ 話言葉による了解度　 |
|  左 ｄＢ |
|  □ 最良語音明瞭度　 （　　　　　　　％）　  |  |  |  右 |  左 |  |
| 大声 | 耳介に接して | 了 | 非 | 了 | 非 |
| 話声 | 耳介に接して | 了 | 非 | 了 | 非 |
| 話声 | 40cm　離れて | 了 | 非 | 了 | 非 |
| ２ 必要と認める補聴器　　　　　 （該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください） |
|   | 種　　　類 | 右 | 左 | 使用効果見込み・適応理由 |  |
| 補聴器 | 軽度・中等度難聴用　ポケット型 |  |  |  |
| 軽度・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 |  |  |
|  |  |  |
|  　イヤモールド |  |  |
| （注）①両耳装用を必要とする場合　②耳穴型・骨導式の補聴器を適応する場合　　　　　　　上記①②の場合には、その理由を明記し、比較検査結果を添付してください。　　　　　　　その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。 |
|   上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。 　　　　年　　月　　日 　所 在 地 　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　 診療担当科 　指定医師名 　　  |