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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |