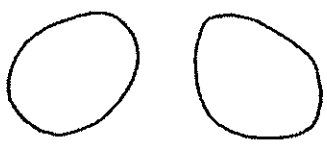


婦恋村難聴児補聴器購入等支援事業交付意見書(補助事業専用)

児 童 氏 名		男・女		生年月日		年 月 日生		歳																																																																																																																																																						
住 所																																																																																																																																																														
疾 病 名																																																																																																																																																														
聴 覚 障 害 の 状 況	聴 力	右 dB		左 dB		会話音域の平均聴力レベル:4分法																																																																																																																																																								
	障害の種類	1 伝音性難聴(右・左) 2 感音性難聴(右・左) 3 混合性難聴(右・左)																																																																																																																																																												
	鼓膜所見 その他																																																																																																																																																													
	聴力検査の結果	125 250 500 1000 2000 4000 8000 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 125 250 500 1000 2000 4000 8000 周 波 数 (Hz) 【オーディオメーターの型式】 記入方法 気導:右耳○ 左耳×								-10										0										10										20										30										40										50										60										70										80										90										100										110										120										130								
-10																																																																																																																																																														
0																																																																																																																																																														
10																																																																																																																																																														
20																																																																																																																																																														
30																																																																																																																																																														
40																																																																																																																																																														
50																																																																																																																																																														
60																																																																																																																																																														
70																																																																																																																																																														
80																																																																																																																																																														
90																																																																																																																																																														
100																																																																																																																																																														
110																																																																																																																																																														
120																																																																																																																																																														
130																																																																																																																																																														
必要と認める補聴器等	必 要 と 認 め る 補 聴 器 の 種 類	該当欄に○ (右 左)		使用効果等を記入してください																																																																																																																																																										
		軽・中度難聴用ポケット型		※の機種にあっては、医学的な特殊理由も併記 ※両耳装用を必要とする場合は、必ずその理由も明記。																																																																																																																																																										
		軽・中度難聴用耳かけ型																																																																																																																																																												
		※ 高度難聴用ポケット型																																																																																																																																																												
		※ 高度難聴用耳かけ型																																																																																																																																																												
		※ 重度難聴用ポケット型																																																																																																																																																												
		※ 重度難聴用耳かけ型																																																																																																																																																												
		※ 耳あな型レディメイド																																																																																																																																																												
		※ 耳あな型オーダーメイド																																																																																																																																																												
		※ 骨導式ポケット型																																																																																																																																																												
※ 骨導式眼鏡型																																																																																																																																																														
イヤーマールド		要 不要																																																																																																																																																												
給付の適否所見		適 ・ 否																																																																																																																																																												
上記のとおり意見します。 年 月 日 医 療 機 関 名 作成医師氏名 印 注:(一社)日本耳鼻咽喉科学会が指定した精密聴力検査機関の医師が作成のこと。																																																																																																																																																														