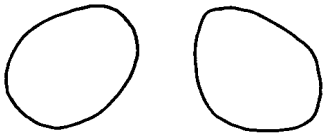
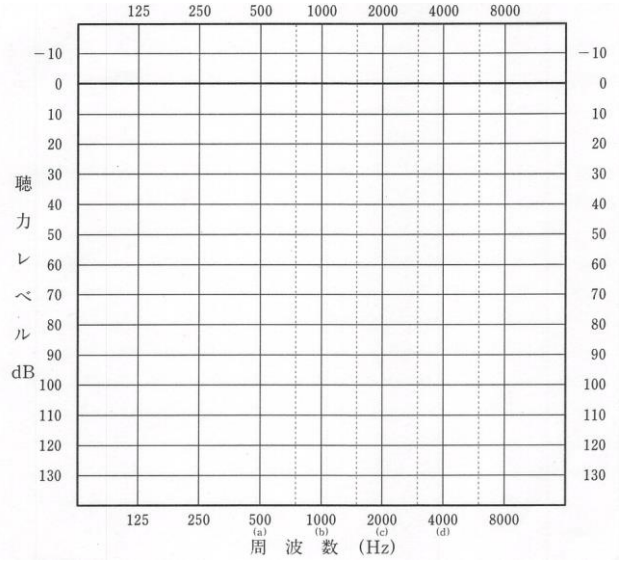
様式第2号（第5条関係）

嬬恋村難聴児補聴器購入支援事業交付意見書（補助事業専用）

<table>
<tr><td colspan="2">児童氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日生</td><td>歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">聴覚障害の状況</td><td>聴力</td><td>右　dB</td><td colspan="2">左　dB</td><td colspan="2">会話音域の平均聴力レベル：4分法</td></tr>
<tr><td>障害の種類</td><td colspan="5">1 伝音性難聴（右・左）　2 感音性難聴（右・左）　3 混合性難聴（右・左）</td></tr>
<tr><td>鼓膜所見
その他</td><td colspan="5">  </td></tr>
<tr><td>聴力検査の結果</td><td colspan="5"> 

【オージオメーターの型式】
記入方法
気導：右耳○　左耳×</td></tr>
<tr><td rowspan="14">必要と認める補聴器等</td><td rowspan="14">必要と認める補聴器の種類</td><td>該当欄に○</td><td colspan="2">（右　左）</td><td colspan="2">使用効果等を記入してください</td></tr>
<tr><td>軽・中度難聴用ポケット型</td><td></td><td colspan="2" rowspan="13">※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。</td></tr>
<tr><td>軽・中度難聴用耳かけ型</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 高度難聴用ポケット型</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 高度難聴用耳かけ型</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 重度難聴用ポケット型</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 重度難聴用耳かけ型</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 耳あな型レディメイド</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 耳あな型オーダーメイド</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 骨導式ポケット型</td><td></td></tr>
<tr><td>※ 骨導式眼鏡型</td><td></td></tr>
<tr><td>イヤーモールド</td><td>要　不要</td></tr>
<tr><td colspan="2">給付の適否所見</td><td colspan="4">適　・　否</td></tr>
</table>

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。