

## 開成町軽度・中等度難聴児補聴器購入等補助金交付医師意見書

氏名	ふりがな		生年月日	年	月	日	歳	男・女																																																																																																																											
	住所																																																																																																																																		
医 学 的 診 断	難聴の種類	1 感音性難聴（右・左） 2 伝音性難聴（右・左） 3 混合性難聴（右・左） 4 その他（ ）																																																																																																																																	
	疾病・外傷発生日	年 月 日																																																																																																																																	
	《治療経過・現在の障害状況・補聴器を必要とする理由等》																																																																																																																																		
現 症	原因	鼓膜の状態は具体的に記載 （耳漏の有無、混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する。）																																																																																																																																	
補 装 具	処方	1 軽度・中等度難聴用ポケット型 2 軽度・中等度難聴用耳かけ型 3 高度難聴用ポケット型 4 高度難聴用耳かけ型 5 重度難聴用ポケット型 6 重度難聴用耳かけ型 7 骨導式ポケット型※ 8 骨導式眼鏡型※ 9 耳あな型（レディメイド）※ 10 耳あな型（オーダーメイド）※	装用  1 右耳 2 左耳 3 両耳※	#オーディオメーターの形式（ ） #聴力（聴力レベル） 右：      dB      左：      dB #《オーディオグラム》																																																																																																																															
	その他、特に必要なもの※		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="7">周波数 Hz</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>125</th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>4000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td rowspan="12" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">聴力レベル dB</td><td>0</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></tr> <tr><td>20</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></tr> <tr><td>40</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></tr> <tr><td>60</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></tr> <tr><td>80</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></tr> <tr><td>100</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></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								周波数 Hz									125	250	500	1000	2000	4000	8000	聴力レベル dB	0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120							
									周波数 Hz																																																																																																																										
									125	250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																																				
	聴力レベル dB	0																																																																																																																																	
10																																																																																																																																			
20																																																																																																																																			
30																																																																																																																																			
40																																																																																																																																			
50																																																																																																																																			
60																																																																																																																																			
70																																																																																																																																			
80																																																																																																																																			
90																																																																																																																																			
100																																																																																																																																			
110																																																																																																																																			
120																																																																																																																																			
適応理由（特に必要な理由）上記※を処方する場合は必ず記入																																																																																																																																			
1 イヤーモールド 2 FM補聴システム 3																																																																																																																																			
#言語明瞭度（右   %）（左   %）																																																																																																																																			
使用効果見込み																																																																																																																																			
上記のとおり意見する																																																																																																																																			
年 月 日																																																																																																																																			
医療機関名 所在地 診療科名 医師氏名																																																																																																																																			
								印																																																																																																																											

指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定による知事が指定した医療機関の医師に限る。