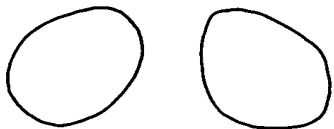
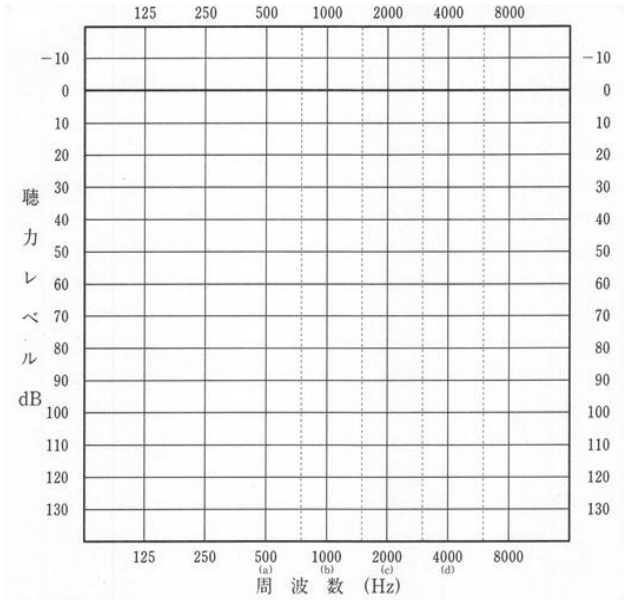


軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書

児 童 氏 名		生年月日		年	月	日生	歳
住 所							
疾 病 名							
聴 覚 障 害 の 状 況	聴 力	右	d B	左	d B	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	 【オージオメーターの型式】 記入方法 気導：右耳○ 左耳×					
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				※の機種にあたっては、医学的な特殊理由も併記	
		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					
		※骨伝導式ポケット型					
※骨伝導式眼鏡型							
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又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が作成のこと。							