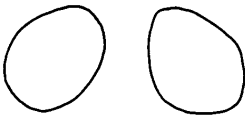


難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書

（軽度・中等度難聴児用）

氏 名	生年月日 年 月 日生 歳	性 別 男 ・ 女																																					
住 所																																							
現 症 （診断時における状況） ・ 鼓膜所見など  <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">                     (右)                  (左)    </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 伝音性難聴  <input type="checkbox"/> 感音性難聴  <input type="checkbox"/> 混合性難聴             </div>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">500</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1000</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2000</td> <td style="width:10%; text-align: center;">Hz</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">オーディオメータの型式</td> <td style="padding: 2px;">— 20 — 10 0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">10 20 30</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">聴力レベル</td> <td style="padding: 2px;">40 50 60</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右</td> <td style="padding: 2px;">70 80 90</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左</td> <td style="padding: 2px;">100 110 120 dB</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">※ 記入に変わって聴力検査結果添付可</p>					500	1000	2000	Hz	オーディオメータの型式	— 20 — 10 0						10 20 30					聴力レベル	40 50 60					右	70 80 90					左	100 110 120 dB				
		500	1000	2000	Hz																																		
オーディオメータの型式	— 20 — 10 0																																						
	10 20 30																																						
聴力レベル	40 50 60																																						
右	70 80 90																																						
左	100 110 120 dB																																						
所 見 ◎ 補聴器の必要性について <input type="checkbox"/> 必要としない。 <input type="checkbox"/> 必要とする。 — <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型（購入基準） — <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 — <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 — <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 — <input type="checkbox"/> 上記以外のもの〔    〕その理由（    ） ○ イヤモールドの必要性について <input type="checkbox"/> 必要としない。 <input type="checkbox"/> 必要とする。 （理由：    ）	その他所見（ ・ 家庭内、職場における補聴器の使用状況 ・ 補聴器の使用歴等）  補聴効果（有・無） <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>																																						
上記のとおり診断する。  平成    年    月    日  <div style="text-align: center;">                     医療機関名                      所 在 地                       診療科名    科    医師名    印                 </div>																																							