

小海町軽度・中等度難聴児補聴器購入等助成事業意見書

氏名	男 女	年 月 日生(歳)
住所		
障害の種類	・伝音難聴 ・混合性難聴 ・感音難聴	オーディオグラム 聴力検査(CORを含む) オージオメーターの形式 _____
診断名		
聴力(四分法)	右 _____ dB 左 _____ dB	
補聴器の種類(処方)	1 補聴器の装用耳 右・左・両耳 2 補聴器の種類 耳かけ型 イヤモールド(要・否) 骨導式 その他() メーカー名： 機種名： 概算額： その他特記事項 3 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無) 4 使用効果見込み	
		*気道・骨導聴力をご記入下さい。 *装用下閾値(音場)も記入 *ASSRによる推定閾値(四分法) (年 月 日実施) 右： 左： (年 月 日実施) 右： 左：
現在までの障害状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入下さい。		耳鼻疾患の有無及び障害の状況
		
1 意見書の記載は社団法人日本耳鼻咽喉科学会が指定した県内に所在する精密聴力検査機関の専門医に限る。 2 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活等真に必要なと認められた場合は2台とすることができる。		
上記のとおり		装用の必要性が認められます。
年 月 日		所在地 医療機関名 医師名