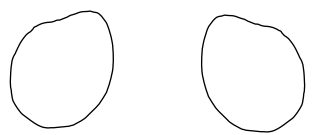


小海町難聴者補聴器購入助成に関する意見書

氏 名		年 月 日生（ 歳）
住 所		
診断名	オーディオグラム 聴力検査（CORを含む） オーディオメーターの形式_____	
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 イヤーモールド (要・否) ポケット型 耳あな型 骨導式 その他 ()	
	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	
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 <div style="text-align: center;">  </div>
1 意見書の記載は耳鼻咽喉科の専門医に限る。 2 障害者自立支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。		
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	