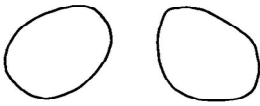
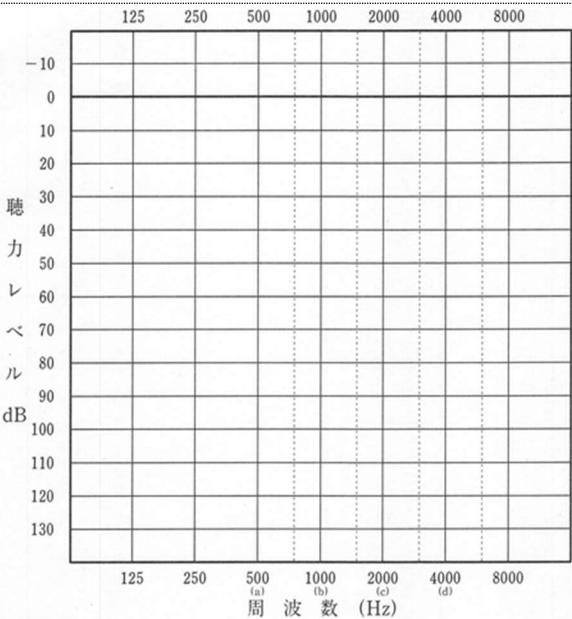


令和 年度結城市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金医師意見書

児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	歳
住所					
疾病名					
聴覚障害の状況	聴力	右 dB	左 dB	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）			
聴覚	鼓膜所見 その他				
	聴力検査の結果				
必要と認めらるる補聴器等	聴力検査の結果	<p>【オーディオメーターの型式】</p> <p>記入方法</p> <p>気導：右耳○ 左耳×</p>			
	必要と認めらるる補聴器等	該当欄に○	(右 左)	使用効果等を記入してください	
	必要と認めらるる補聴器等	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	
	必要と認めらるる補聴器等	軽・中度難聴用耳かけ型			
	必要と認めらるる補聴器等	※高度難聴用ポケット型			
	必要と認めらるる補聴器等	※高度難聴用耳かけ型			
	必要と認めらるる補聴器等	※重度難聴用ポケット型			
	必要と認めらるる補聴器等	※重度難聴用耳かけ型			
	必要と認めらるる補聴器等	※耳あな型レディメイド			
必要と認めらるる補聴器等	※耳あな型オーダーメイド				
必要と認めらるる補聴器等	※骨導式ポケット型				
必要と認めらるる補聴器等	※骨導式眼鏡型				
必要と認めらるる補聴器等	イヤーマールド		要 不要		
給付の適否所見	適 ・ 否				
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>作成医師氏名（自署又は記名押印）</p> <p>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。</p>					