

様式第2号 (第5条関係)

補聴器購入費助成金交付意見書

1. 氏名等	住 所																																																
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)																																													
2. 原傷病名																																																	
3. 平均聴力	右耳	デシベル	左耳	デシベル																																													
	*補聴器購入費助成金の交付条件：両耳の聴力レベルが 40dB 以上 70dB 未満で、身体障害者手帳の対象とならない 40 歳以上の方です。																																																
4. 障がいの状況等	(障がいの状況)																																																
5. 聴力検査	聴力検査実施日 年 月 日			6. 補聴器の処方 (1 個支給)																																													
	オーディオグラム	オーディオメーターの形式 _____			<input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 右耳・ <input type="checkbox"/> 左耳																																												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				500	1000	2000	Hz	40					50					60					70					80					90					100					110				
		500	1000	2000	Hz																																												
40																																																	
50																																																	
60																																																	
70																																																	
80																																																	
90																																																	
100																																																	
110																																																	
			<input type="checkbox"/> 耳穴型 <input type="checkbox"/> 右耳・ <input type="checkbox"/> 左耳																																														
			7. イヤモールドの処方																																														
			<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要																																														
その他検査			*オーディオグラムによる検査が不可能な場合は、その理由と検査方法(ABR 等)を記載し、検査結果表を添付してください。(上記の3 (平均聴力) 及び4 (障がいの状況等) は記載してください。)																																														
(検査方法)			(理由)																																														

上記のとおり意見する。

年 月 日 所在地

医療機関名

医師氏名

*この意見書を作成できる医師は、耳鼻咽喉科の医師に限ります。