様式第２号（第５条関係）

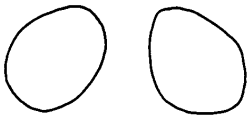
難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書

（軽度・中等度難聴児用）

氏　名	生年月日 年　　月　　日　　歳
住　所	

現　症　（診断時における状況）
・鼓膜所見など

（右）　　（左）



○ □伝音性難聴
□感音性難聴
□混合性難聴

		500	1000	2000	Hz
ｵｰｼﾞｵﾒｰﾀの型式	－20				
	－10				
	0				
	10				
	20				
	30				
聴力レベル	40				
	50				
	60				
右　dB	70				
	80				
	90				
左　dB	100				
	110				
	120 dB				

※　記入に変えて聴力検査結果添付可

所　見
◎ 補聴器の必要性について
□必要としない。
□必要とする。
├─ □高度難聴用ポケット型
│　（購入基準）
├─ □高度難聴用耳かけ型
├─ □重度難聴用ポケット型
├─ □重度難聴用耳かけ型
└─ □上記以外のもの〔　　〕その理由（　　）

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）

○ イヤモールドの必要性について
□必要としない。□必要とする。（理由：　　）

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名
所　在　地

診療科名　　科　　医師名