|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | | | | 生年月日  　　　　　　　 年　　月　　日生　　歳 | | | | | | | | | 性　別  男 ・ 女 | | |
| 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-ｼﾞｵﾒｰﾀ  の型式 | | － 20  － 10  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  110  120 dB |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
| 聴力レベル | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
| 右  dB | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
| 左  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。 | | | | | | 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） | | | | | | | | | | |
|  |  | | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ 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。  　令和　　年　　月　　日  　 医療機関名  　 所　在　地  　 診療科名　　　　　　　　　科 医師名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

第２号様式（第６条関係）

大垣市難聴児補聴器購入費等助成意見書（軽度・中等度難聴児用）

　※身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の意見書