|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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