

# 難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

(軽度・中等度難聴児用)

氏名		年 月 日生 ( 歳 )
住所	埼玉県久喜市	
疾病名		

## 1 難聴の状況及び所見

① 難聴の種類 (該当欄に○をつけてください)

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		

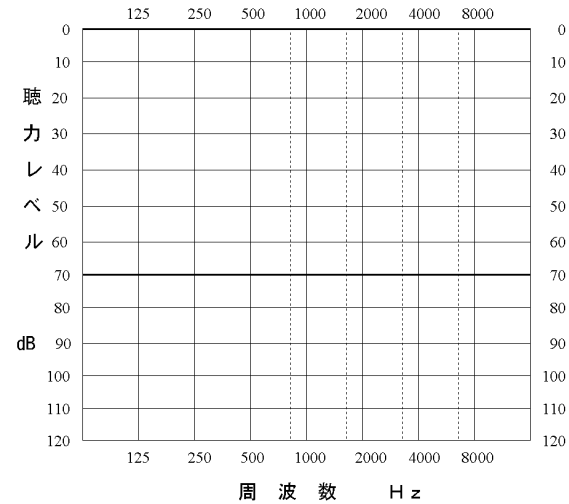
② 鼓膜所見・その他

③ 聴力検査の結果

聴力 (平均聴力レベル)

右	d B
左	d B

最良語音明瞭度 ( % )



話言葉による了解度

		右		左	
大声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	40cm 離れて	了	非	了	非

## 2 必要と認める補聴器

(該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください)

種類		右	左	使用効果見込み・適応理由*
補聴器	軽度・中等度難聴用 ポケット型			
	軽度・中等度難聴用 耳掛け型			
	高度難聴用 ポケット型			
	高度難聴用 耳掛け型			
	重度難聴用 ポケット型			
	重度難聴用 耳掛け型			
イヤーマールド				
FM型補聴器				

(注) ①両耳装用を必要とする場合 ②耳あな型・骨導式の補聴器を適応する場合

③FM型補聴器 (デジタル無線方式のものを含む。) を必要とする場合

上記①②③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果等を添付してください。

その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。

上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療担当科  
指定医師名

