様式第2号（第5条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書** | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 男　女 | 住　所 |  | | | 生年月日 | | ・　　・　　生 | |
| 難聴の種類 | **軽度（中等度）難聴【（難聴の種類を記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　】** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **聴力レベル（４分法）** | | | | |
| **右耳　　　　　　　　ｄＢ**    **左耳　　　　　　　　ｄＢ**  　　　500Hz+1000Hz×2+2000Hz  　　　　　　 　　 4 | | | | |
| **最 高 語 音 明 瞭 度** | | | | |
|  | | | **右** | **左** |
| **語音明瞭度** | | | ％ | ％ |
| **語音聴力レベル** | | | ｄＢ | ｄＢ |
| **所見（現病歴、現症、状況及びその他参考事項等）** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **補聴器の**  **種類及び**  **処方** | | **１．軽度・中等度難聴用ポケット型　２．軽度・中等度難聴用耳かけ型**  **３．高度難聴用ポケット型　４．高度難聴用耳かけ型　５．重度難聴用ポケット型**  **６．重度難聴用耳かけ型　７．耳あな型（レディーメイド・オーダーメイド）**  **８．骨導式ポケット型　９．骨導式眼鏡型　１０．イヤーモールド**  **１１．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | | |
| 装用耳 | | | 右　　　左　　　両耳 | | | | 補聴器による補聴効果 | | | 良　　可　　効果無 | | |
| 診療医所属  所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 耳鼻咽喉科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 医師名　　　　　　　　　　　印  　 　 年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | | | | |

※医師名を自署する場合においては、押印を省略できます。