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。