

上野原市難聴児補聴器購入等費助成金交付意見書

フリガナ			生年月日	年 月 日 ( 歳)							
氏 名			住 所								
性 別	男 ・ 女										
診 察 所 見	難聴の種別	伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴									
	聴力※ (聴力レベル)	右	d B								
		左	d B								
	音場検査		聴力検査の種類 (COR・遊戯聴力検査・純音) 周波数Hz -10    125    250    500    1000    2000    4000    8000 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 聴 カ レ ベ ル dB								
	裸耳 △	d B									
	装用 ▲	d B									
	その他の検査										
補 聴 器	装 用 耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳		イヤーマールド	要 ・ 否						
処 方	タ イ プ	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型		<input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイド) <input type="checkbox"/> 耳あな型 (オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	適応理由等	(処方の詳細、処方理由等)  ※ 耳あな型の処方では、必要性、医学的適応を必ず記入してください。特にオーダーメイドの場合、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記載してください。									
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師名											