

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)					
	裸耳 △	d B					周波数Hz	
	装用 ▲	d B					125 250 500 1000 2000 4000 8000	
	その他の検査		聴 力 レ ベ ル dB	-10				
		0						
		10						
		20						
		30						
		40						
		50						
		60						
		70						
		80						
		90						
		100						
		110						
補 聴 器	装 用 耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳		イヤーマールド	要 ・ 否			
	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 ()				
処 方	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								