

様式第2号（第6条関係）

羽生市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						
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	dB
左	dB

☐ 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
話声	耳介に接して	了	非
話声	40cm 離れて	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 耳かけ型		
	高度難聴用 ポケット型		
	高度難聴用 耳かけ型		
	重度難聴用 ポケット型		
	重度難聴用 耳かけ型		
イヤーマールド			
FM型補聴器（デジタル無線方式のものを含む。）			

（注）次の①～③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果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。
 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