

第2号様式（第5条関係）

戸田市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

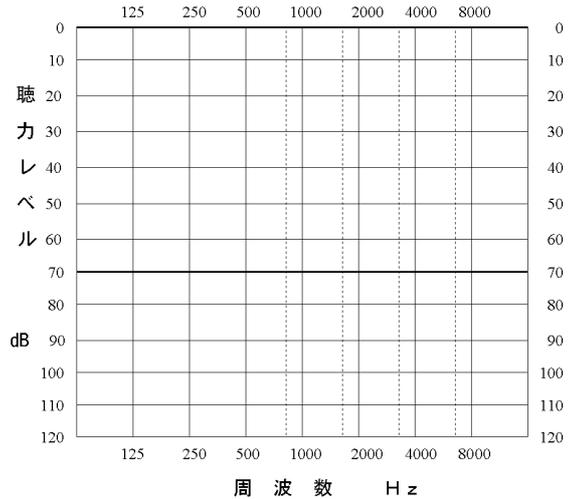
(軽度・中等度難聴児用)

氏名		年 月 日生 (歳)
住所	埼玉県	
疾病名		

1 難聴の状況及び所見

①難聴の種類 (該当欄に○を付けてください。)

	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 (平均聴カレベル)

右	d B
左	d B

話言葉による了解度

		右	左
大声	耳介に接して	了 非	了 非
話声	耳介に接して	了 非	了 非
話声	40cm 離れて	了 非	了 非

最良語音明瞭度 (%)

2 必要と認める補聴器

(該当欄に○を付け、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 耳掛け型			
	高度難聴用 ポケット型			
	高度難聴用 耳掛け型			
	重度難聴用 ポケット型			
	重度難聴用 耳掛け型			
	イヤモールド			
	FM型補聴器 (デジタル無線方式のものを含む。)			

(注) 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①②③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果等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。

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

印