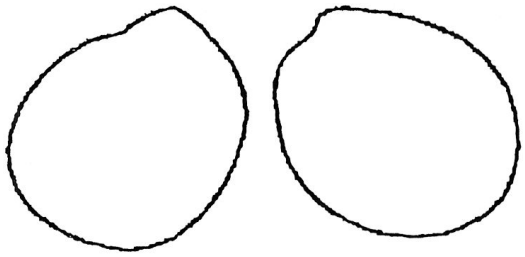
様式第2号（第7条関係）

越前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金　医師意見書

氏　名		生年月日	平成　　年　　月　　日
住　所			
傷病名			

経過および現症

１　伝音性難聴　２　感音性難聴　３　混合性難聴

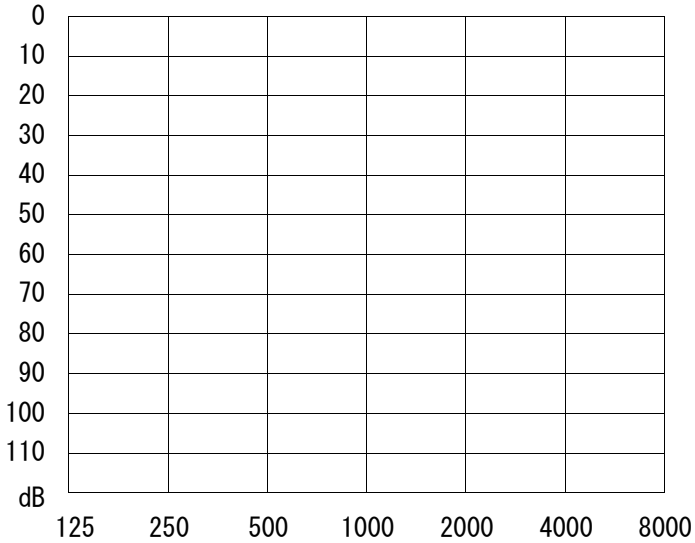


言語明瞭度	右	%	
	左	%	
聴力レベル ※会話音域の平均聴力レベル	右	ｄＢ	
	左	ｄＢ	
補聴効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の処方	高度難聴用	ポケット型	
		耳かけ型	
	重度難聴用	ポケット型	
		耳かけ型	
	耳あな型	レディメイド	
		オーダーメイド	
	骨導式	ポケット型	
		眼鏡型	
	ＦＭ型加算		
装用耳	右・左・両方		
イヤモールド	要・不要		

聴力検査（純音による検査）

オージオメーターの形式（　　）

右…○、左…×



上記で耳あな型または両耳装用とした場合	教育上 必要　・　不要	（左記の必要性の具体的理由）

本来は上記の処方のものが適当であるが、本人は差額自己負担で（　　）型を希望している。

平成　　年　　月　　日

（病院名）

（医師名）

次の該当する項目にチェックしてください。

□　身体障害者福祉法第１５条第１項の規定に基づき指定された医師

□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医

□　国立リハビリテーション学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講終了している医師

備考

注１　耳あな型補聴器及び両耳装用の場合は、生活上、教育上真に必要な理由を記入してください。

注２　経過および現症、補聴効果、補聴器の処方、装用耳、イヤモールド、耳あな型または両耳装用の場合について該当するものを○で囲んでください。