様式第２号（第４条関係）

大町市高齢者補聴器購入助成事業意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  |  　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 住所 | 　　　　　　　　　 |
| 診断名 | 　 | オージオグラム　聴力検査（CORを含む）　　オージオメーターの形式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |  |
| 　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100(dB) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |  |

 |
| 聴力（四分法） | 右 | 　　　　　　　 ｄＢ |
| 左 | 　　　　　　　ｄＢ |
| 補聴器の種類（処方） | １　補聴器の装用耳　　右 ・ 左 ・ 両耳　２　補聴器の種類　耳かけ型　　ポケット型　耳あな型　骨 導 式　その他（　　　　　　　　　）その他特記事項３　現在までの補聴器装用の有無　　右　（　有　・　無　）　　左　（　有　・　無　）４　使用効果見込み |
|  |
| 現在までの障がい状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。　 | 　耳鼻疾患の有無及び障害の状況 |
| 意見書の記載は一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定の専門医に限る。 |
| 　　上記のとおり　　　　　　　　　　　　装用の必要性が認められます。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　所在地医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　 |