

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書

（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		

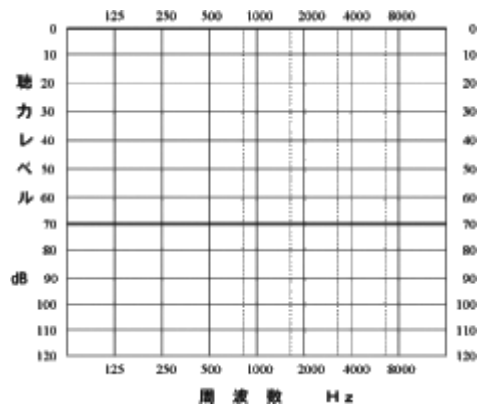
②鼓膜所見・その他

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

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	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			
	その他（ ）			
イヤモールド				

（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

上記①②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。

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