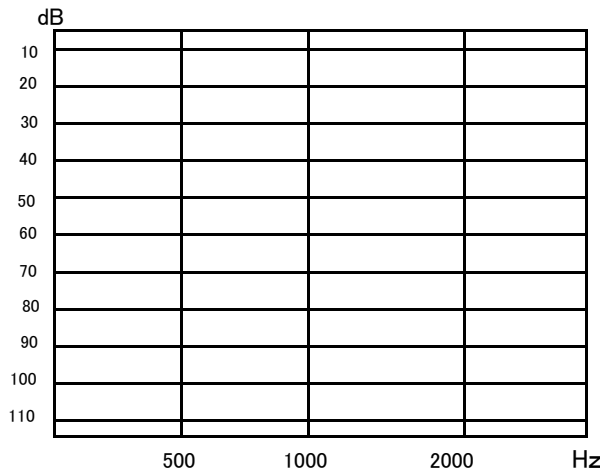


難聴児補聴器処方意見書

氏名		男・女	年	月	日生 (歳)	
住所		疾病名				
障害種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴					
補聴器テスト	右: 1 有効 2 無効 3 その他 ()	左: 1 有効 2 無効 3 その他 ()				
現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)						

【純音による検査】



*気導と骨導双方の聴力測定値を必ず御記入下さい。

気導 右 ○ 左 ×
骨導 右 [左]

聴力レベル(4分法)

右 ○ _____ dB

左 × _____ dB

(オーディオメーター記録紙添付可)

オーディオメーター機種

【語音による検査】

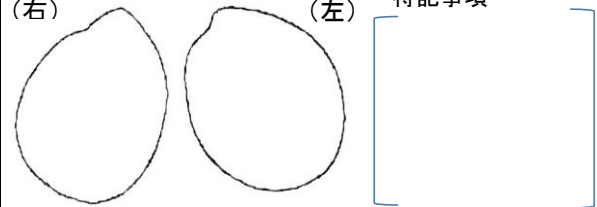
最良語音明瞭度

右 _____ dB

左 _____ dB

耳鼻疾患の有無及び障害の状況

(右) (左) 特記事項



補聴器の種類 (処方)		軽度・中等度難聴用 (右 ・ 左)	処方の理由 耳あな型(必要性・使用効果等)及びイヤモールド(身体の障害の状況等)が必要な場合は、下欄に理由を御記入ください。
		高度難聴用 (右 ・ 左)	
		重度難聴用 (右 ・ 左)	
	その他	(型式) ()	
		イヤモールド (要 ・ 否 (右 ・ 左))	
		FM型受信機 (右 ・ 左)	
	FM型ワイヤレスマイク (右 ・ 左)		
	オーディオシュー (右 ・ 左)		

現在までの障害の状況 (治療の内容, 期間, 経過) ・意見を御記入ください。

(※FM型受信機・FM型ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方した場合は、その医学的理由についてご記入ください。)

- 1 意見書の記載は、身体障害者福祉法 (昭和24年法律第283号) 第15条第1項に規定する医師に限る。
- 2 教育および生活上特に必要と認める場合は、両耳用として2個支給することができる。
- 3 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。

上記のとおり意見する。

令和 年 月 日 医療機関名

所在地

15条指定医師名