難聴児補聴器購入助成事業調査書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 病名 |  |
| 1. 本人の生活状況
2. 生活場所

ア　在宅　　　　 イ　施設：施設名（　　　　　　　　　　：　　　年　　月　　日より入所中）　　　　 ウ　入院：病院名（　　　　　　　　　　：　　　年　　月　　日退院予定）1. 生活状況

ア　就労について　　□　なし　　□　あり（　　　　　　　　　　　）イ　教育について　　□　なし　　□　あり（　　　　　　　　　　　　　　）　（３）現在の補聴器の使用　 □　なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　）　（４）今回の補聴器の型式について（購入の方のみ）　　　　□　軽度・中等度難聴用ポケット型　　 □　軽度・中等度難聴用耳かけ型　　　　□　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　　　　□　耳あな型（レディメイド）　　　　　　　□　耳あな型（オーダーメイド）　　　　□　骨導式ポケット型　　　　　　　　　　 □　骨導式眼鏡型　（５）前回同制度での購入について　□　なし　□　あり（　　　　年　　　　月　　　　日）　　　　「あり」の方で耐用年数未経過の場合その理由　　　　　（６）　その他特記事項　　　　 |