

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業意見書

氏名		男・女	生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳)	
			住 所		
診察所見	難聴の種別	伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴			
	<p>※<u>オーディオグラム（気導、骨導とも）は必ず添付してください。</u></p>				
補聴器処方	装用耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳		イヤモード	要 ・ 否
	タイプ	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 補聴システム (機種名： _____ 受信機： _____ 台 ・ ワイヤレスマイク： _____ 台) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		<input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイド) <input type="checkbox"/> 耳あな型 (オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型	
方	適応理由等	(処方の詳細、処方理由等)  ※耳あな型の処方では、必要性、医学的適応を必ず記入してください。特にオーダーメイドの場合、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記載してください。			
補聴器の調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該病院・診療所で医師の管理下にてフィッティングを行なう。</li> <li>業者に委託する。(指示等があれば、以下に記入。) (調整上の参考事項〔不快域等〕、指示〔出力制限等〕)</li> </ul>				
以上のとおり意見する。 年 月 日  医療機関名 医師氏名			適合確認 ( 年 月 日)  確認者 職氏名		