様式第２号(第７条関係)

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			
	※オージオグラム（気導、骨導とも）は必ず添付してください。				
補聴器処方	装用耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳	イヤモールド	要 ・ 否	
	タイプ	□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 □重度難聴用ポケット型 □高度難聴用耳かけ型 □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 □補聴システム（　） □その他（　）	
	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	・ 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。 ・ 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〕）				

以上のとおり意見する。

年　月　日

医療機関名

医師氏名　印

適合確認（　年　月　日）
確認者 職氏名　印