

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助成事業意見書

氏名			男・女	生年月日	平成 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			
	※オーディオグラム(気導、骨導とも)は必ず添付してください。				
補聴器	装用耳	右耳・左耳・両耳	イヤモールド	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"/> 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 <input type="checkbox"/> FM補聴システム() <input type="checkbox"/> その他()		
処方	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	・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		