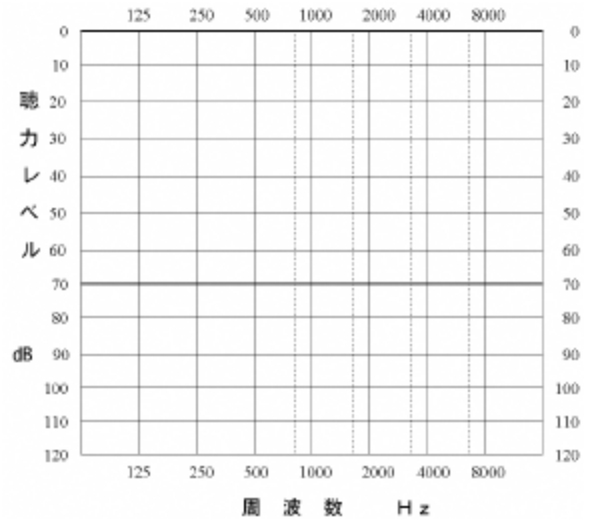


氏名		年	月	日生(歳)
住所	埼玉県久喜市			
疾病名				

1 難聴の状況及び所見

① 難聴の種類 (該当欄に○をつけてください。)

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		



② 鼓膜所見・その他

③ 聴力検査の結果

聴力 (平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

話言葉による了解度

最良語音明瞭度 (%)

		右	左
大声	耳介に接して	了	非
話声	耳介に接して	了	非
話声	40cm 離れて	了	非

2 必要と認める補聴器

(該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください。)

種類	右	左	使用効果見込み・適応理由 *
補聴器			
軽度・中等度難聴用 ポケット型			
軽度・中等度難聴用 耳掛け型			
高度難聴用 ポケット型			
高度難聴用 耳掛け型			
重度難聴用 ポケット型			
重度難聴用 耳掛け型			
イヤーマールド			
FM型補聴器			

(注)①両耳装用を必要とする場合 ②耳あな型・骨導式の補聴器を適応する場合

③FM型補聴器(デジタル無線方式のものを含む。)を必要とする場合

上記①②③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果等を添付してください。

その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。

上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当科
指定医師名

(署名してください。記名押印でも可能です。)