

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	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 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 ☐ 耳あな型（レディメイド） ☐ 軽度・中等度難聴用耳かけ型 ☐ 耳あな型（オーダーメイド） ☐ 高度難聴用ポケット型 ☐ 骨導式ポケット型 ☐ 重度難聴用ポケット型 ☐ 骨導式眼鏡 ☐ 高度難聴用耳かけ型 ☐ FM補聴システム（ ） ☐ 重度難聴用耳かけ型 ☐ 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				適合確認 (年 月 日) 確認者 職氏名		
				印		
				印		