様式第２号(第６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

<table>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td rowspan="2">男・女</td><td>生年月日</td><td>平成　　年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">診察所見</td><td>難聴の種別</td><td colspan="4">伝音性難聴　・　感音性難聴　・　混合性難聴</td></tr>
<tr><td colspan="5">※オージオグラム（気導、骨導とも）は必ず添付してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">補聴器処方</td><td>装用耳</td><td>右耳　・　左耳　・　両耳</td><td>イヤモールド</td><td colspan="2">要　・　否</td></tr>
<tr><td>タイプ</td><td colspan="4">□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（　　）</td></tr>
<tr><td>適応理由等</td><td colspan="4">（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。</td></tr>
<tr><td>補聴器の調整</td><td colspan="5">・　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〕）</td></tr>
</table>

以上のとおり意見する。
平成　　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