

大村市高齢者補聴器購入費補助金に係る意見書																																																					
氏名		生年月日	年 月 日 歳																																																		
住所																																																					
障害の原因となる傷病名																																																					
1 障害の原因となる傷病の経過及び現症並びに聴力について記載してください。																																																					
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p style="text-align: center;">125 250 500 1,000 2,000 4,000 8,000 周波数(Hz)</p> <p style="text-align: center;">聴力レベル (dB)</p> </div> <div style="margin-right: 20px;"> <p>※気導と骨導双方の聴力測定値を必ずご記入ください。</p> </div> <div style="margin-right: 20px;"> <p>聴力レベル(4分法)</p> <p>右 dB</p> <p>左 dB</p> </div> <div> <p>障害の種類 (該当項目を○で囲む)</p> <p>ア 伝音難聴</p> <p>イ 感音難聴</p> <p>ウ 混合性難聴</p> </div> </div>	<p>鼓膜の状態</p> <div style="text-align: center;"> <p>右 左</p> </div> <p>※聴力検査は別紙添付も可</p>																																																				
2 語音明瞭度検査(%)																																																					
<p>音源の種類</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>60dB</td> <td>70dB</td> <td>80dB</td> <td>90dB</td> <td>最良の語音明瞭度</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">裸耳</td> <td>右耳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>左耳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>両耳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> </table>			60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度	裸耳	右耳					%	左耳					%	両耳					%	<p>※検査時使用した補聴器の種類</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>60dB</td> <td>70dB</td> <td>80dB</td> <td>90dB</td> <td>最良の語音明瞭度</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">補聴器</td> <td>右耳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>左耳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>両耳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> </table>			60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度	補聴器	右耳					%	左耳					%	両耳					%
		60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度																																															
裸耳	右耳					%																																															
	左耳					%																																															
	両耳					%																																															
		60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度																																															
補聴器	右耳					%																																															
	左耳					%																																															
	両耳					%																																															
3 処方内容(必要な補聴器の種類をチェックしてください。)																																																					
①補聴器の名称																																																					
<input type="checkbox"/> 本人の希望に合わせる <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"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型		<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"/> 骨導式眼鏡型																																																			
②装用耳 右 ・ 左 ・ 両 ・ 試聴後本人の希望を聞いて決める																																																					
③イヤモールド 要 ・ 不要 ・ 本人の希望に合わせる																																																					
※補聴器の装用の目的・効果見込みについては裏面に記載のこと																																																					

4 申請する補聴器の装用の目的、効果見込みについて具体的に記載してください。

①補聴器の必要性・装用効果

②重度難聴用補聴器を処方する理由及び具体的効果

・重度難聴用補聴器の試聴は行いましたか？（ 試聴した ・ 試聴していない ）

・試聴補聴器 機種名（ ）

③耳あな型補聴器を処方する理由及び具体的効果

5 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〕）。

業 者		担当者	
-----	--	-----	--

上記のとおり意見する。

年 月 日

所 在 地

診療科名

医療機関名

医師名