

中等度等難聴児補聴器購入費助成金交付意見書																																																																																																																																										
氏名		男・女		生年月日		M・T・S・J		年 月 日 歳																																																																																																																																		
住所		南巨摩郡富士川町																																																																																																																																								
医学的診断	障害名		1 感音性難聴（ 右・左 ） 2 伝音性難聴（ 右・左 ） 3 混合性難聴（ 右・左 ） 4 その他（ ）																																																																																																																																							
	疾病・外傷発生年月日		S・H 年 月 日 / 不明																																																																																																																																							
	障害原因																																																																																																																																									
	現病歴																																																																																																																																									
	現症																																																																																																																																									
	オーディオメーター形式																																																																																																																																									
	聴力（聴力レベル）		右		dB		<div>聴力表 (Hz)</div> <table><thead><tr><th></th><th>125</th><th>250</th><th>500</th><th>1,000</th><th>2,000</th><th>4,000</th><th>8,000</th></tr></thead><tbody><tr><td>-20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					125	250	500	1,000	2,000	4,000	8,000	-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120							
				125	250	500					1,000	2,000	4,000	8,000																																																																																																																												
	-20																																																																																																																																									
	-10																																																																																																																																									
	0																																																																																																																																									
	10																																																																																																																																									
20																																																																																																																																										
30																																																																																																																																										
40																																																																																																																																										
50																																																																																																																																										
60																																																																																																																																										
70																																																																																																																																										
80																																																																																																																																										
90																																																																																																																																										
100																																																																																																																																										
110																																																																																																																																										
120																																																																																																																																										
語音明瞭度		右		%																																																																																																																																						
		左		%																																																																																																																																						
装用閾値		右		dB																																																																																																																																						
		左		dB																																																																																																																																						
1. 必要性・使用効果見込み ※意見をご記入ください。																																																																																																																																										
補装具交付状況		新規交付 ・ 再交付（ 前回交付 S・H 年 月 ）																																																																																																																																								
		1 高度難聴用（ポケット型 ・ 耳かけ型） 2 重度難聴用（ポケット型 ・ 耳かけ型） 3 耳あな型（レディメイト ・ オーダーメイト） 4 骨導式（ポケット型 ・ 眼鏡型） 5 その他（ ）																																																																																																																																								
補装具費支給に対する意見	現在使用の補聴器		1 高度難聴用（ポケット型 ・ 耳かけ型） 2 重度難聴用（ポケット型 ・ 耳かけ型） 3 耳あな型（レディメイト ・ オーダーメイト） 4 骨導式（ポケット型 ・ 眼鏡型） 5 その他（ ）																																																																																																																																							
	今回必要な補聴器		1 高度難聴用（ポケット型 ・ 耳かけ型） 2 重度難聴用（ポケット型 ・ 耳かけ型） 3 耳あな型（レディメイト ・ オーダーメイト） 4 骨導式（ポケット型 ・ 眼鏡型） 5 その他（ ）																																																																																																																																							
	装用側		右 ・ 左																																																																																																																																							
	特に必要とするもの		無 ・ 有 有の場合 → 1 両耳 2 イヤーモールド																																																																																																																																							
	適応理由																																																																																																																																									
上記のとおりです。 年 月 日																																																																																																																																										
医療機関の名称及び所在地																																																																																																																																										
身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師名 印																																																																																																																																										
富士川町長 様																																																																																																																																										