

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給意見書

氏名		男女	年 月 日																																																																																																																																	
住所		( ) 歳																																																																																																																																		
障がい名		聴覚障がい																																																																																																																																		
障がい・疾病等の状況		<p>【難聴の原因となる障がい・疾病名】</p> <input type="checkbox"/> 滲出性中耳炎 <input type="checkbox"/> その他（疾病名 _____）																																																																																																																																		
		<p>【補聴器装用の効果の見込み】</p> <input type="checkbox"/> 補聴器装用により言語習得等に一定の効果があると見込まれる。 <input type="checkbox"/> その他 _____																																																																																																																																		
平均聴力レベル	右 耳 :	左 耳 :	オーディオメータ形式 :																																																																																																																																	
	dB	dB																																																																																																																																		
聴力障害の状況・鼓膜所見	聴力検査の結果	検査： _____ 年 月 日		最高語音明瞭度：																																																																																																																																
		周波数(Hz)		右耳： _____ % 左耳： _____ %																																																																																																																																
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> </tr> <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> </table>			125	250	500	1000	2000	4000	8000	-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120								鼓膜所見
	125	250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																																													
-20																																																																																																																																				
-10																																																																																																																																				
0																																																																																																																																				
10																																																																																																																																				
20																																																																																																																																				
30																																																																																																																																				
40																																																																																																																																				
50																																																																																																																																				
60																																																																																																																																				
70																																																																																																																																				
80																																																																																																																																				
90																																																																																																																																				
100																																																																																																																																				
110																																																																																																																																				
120																																																																																																																																				
		右耳	略正常 異常																																																																																																																																	
		左耳	略正常 異常																																																																																																																																	
その他の所見		【注】耳あな型補聴器・骨導補聴器を処方する場合、外耳道・耳介の所見を具体的に記入願います。																																																																																																																																		

※【裏面も記入願います。】

