

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

（軽度・中等度難聴児用）

氏名		年 月 日生（ 歳 ）
住所	埼玉県	
疾病名		

1 難聴の状況及び所見

① 難聴の種類（該当欄に○をつけてください）

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		

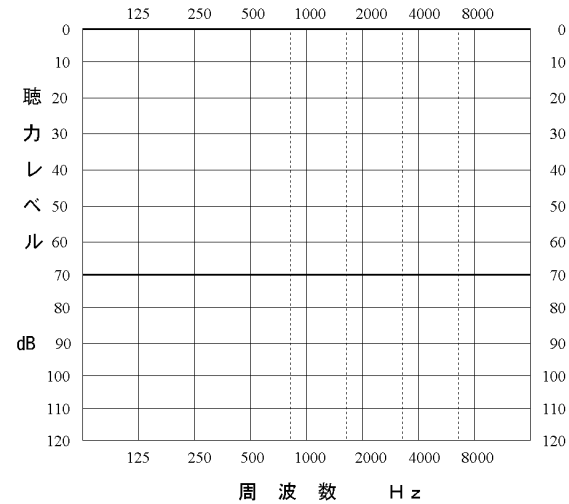
② 鼓膜所見・その他

③ 聴力検査の結果

聴力（平均聴力レベル）

右	d B
左	d B

最良語音明瞭度（ % ）



話言葉による了解度

		右		左	
大声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	40cm 離れて	了	非	了	非

2 必要と認める補聴器

（該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください）

種類		右	左	使用効果見込み・適応理由*
補聴器	軽度・中等度難聴用 ポケット型			
	軽度・中等度難聴用 耳掛け型			
	高度難聴用 ポケット型			
	高度難聴用 耳掛け型			
	重度難聴用 ポケット型			
	重度難聴用 耳掛け型			
イヤモールド				
FM型補聴器（デジタル無線方式のものを含む）				

（注）①両耳装用を必要とする場合 ②耳あな型・骨導式の補聴器を適応する場合

③FM型補聴器（デジタル無線方式のものを含む）を必要とする場合

上記①②③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果等を添付してください。

その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。

上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当科
指定医師名