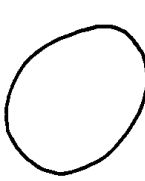



羽島市高齢者補聴器購入費助成に係る意見書

氏名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）	性別 男・女																																																																																
住所																																																																																		
現 症（診断時における状況） ・鼓膜所見など <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 右  </div> <div style="text-align: center;"> 左  </div> </div> <input type="checkbox"/> 伝音性難聴 <input type="checkbox"/> 感音性難聴 <input type="checkbox"/> 混合性難聴	オーディオメータ の型式： <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 左 dB </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 右 dB </div> ※記入に替えて 聴力検査結果 添付可	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;"></th> <th style="width:20%;">500</th> <th style="width:20%;">1000</th> <th style="width:20%;">2000</th> <th style="width:15%;">Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		500	1000	2000	Hz	-20					-10					0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110					120				
	500	1000	2000	Hz																																																																														
-20																																																																																		
-10																																																																																		
0																																																																																		
10																																																																																		
20																																																																																		
30																																																																																		
40																																																																																		
50																																																																																		
60																																																																																		
70																																																																																		
80																																																																																		
90																																																																																		
100																																																																																		
110																																																																																		
120																																																																																		
所 見 ◎補聴器の必要性について <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 （購入基準） <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"/> 上記以外のもの〔 〕〔理由： 〕 ○イヤモールドの必要性について <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない 〔理由： 〕	その他所見 :家庭内、職場における補聴器の使用状況 :補聴器の使用歴等 補聴効果（有・無）																																																																																	
上記のとおり診断する 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 医療機関名 所在地 診療科名 </div> <div style="text-align: center;"> 医師名 </div> </div>																																																																																		

※意見書の記載は、原則、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する聴覚障害の区分に指定された医師が記載してください。