

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏 名			男 女	生年月日	年 月 日 生	歳		
住 所								
障 が い 名								
原因となった 疾病・外傷名					交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
		疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()			
補聴器装用の効果の見 込		☐ 補聴器装用により言語習得や学業等に一定の効果があると見込まれる。 ☐ その他						
聴 覚 障 が い の 状 況	聴 力	右	dB		左	dB		会話音域の平均聴力レベル:4分法
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴						
	鼓膜の状況							
	聴 力 検 査 の 結 果	【オーディオメーターの型式】 →						
		1252505001000200040008000 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 聴 力 レ ベ ル dB -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 1252505001000200040008000 (a) (b) (c) (d) 周 波 数 (Hz) 記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□						
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】							

