様式第2号(第6条関係)

久御山町難聴児補聴器購入費等助成事業に係る医師意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） | |
| 住所 | | 京都府 | | | | |
| 傷病名 | | (発症　　　　年　　月　　日） | | | | |
| 経過及び所見 | | １伝音性難聴　２感音性難聴　３混合性難聴 | | | |  |
| 聴力レベル  　会話音域の平均聴力レベル | | 右　　　　　　　　　　ｄＢ | 聴力検査（純音による検査）  　　オージオメーターの型式(　　　　)　右…○  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　左…× | | | |
| 左　　　　　　　　　　ｄＢ |
| 補聴効果 | | 右　　　　　　　有　・　無 |
| 左　　　　　　　有　・　無 |
| 処方 | ポケット型・耳掛け型・挿耳型  ・その他（　　　　　）  装用側（　右　・　左　）  イヤモールド（　要　・　否　） | |
| 処方についての留意点  　（イヤモールド・両耳装用、また特殊な補聴器を必要とする際には具体的理由を必ず記載） | | | | | | |
| 上記のとおり補聴器の適用を認める。  　　　　年　　月　　日  （あて先）久御山町長  　　　　　　　　（医療機関）  　　　　　　　　（医師名） | | | | | | |