

様式第2号 (第5条関係)

補聴器購入費助成意見書

氏名		生年月日	年 月 日
住所	大樹町		
医学的所見等	<p>聴力レベル、鼓膜の状態等を記入すること。</p> <p>1 聴力レベル (右 d B、左 d B)</p> <p>※助成対象は 平均聴力40 d B以上70 d B未満</p> <p>2 オーディオメーターの形式</p> <p>3 鼓膜の状態 (右 、左)</p> <p>4 聴力の治療による改善可能性</p> <p><input type="checkbox"/> 聴力は改善傾向を認めず治療による効果は期待しにくい (補聴器による聴覚補償が必要)</p> <p><input type="checkbox"/> 聴力低下は可逆的で治療で改善見込あり (補聴器装用の適否判断前に要治療)</p>		
補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 耳穴型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型		
装用効果	具体的に記入すること。		
<p style="text-align: center;">【耳鼻咽喉科専門医による意見】</p> <p>上記の理由により補聴器装用の必要性を <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p style="text-align: center;">診療科</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: center;">(署名又は記名押印)</p>			