

沼田町軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成事業医師意見書

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所			
医学的所見等	<p>1. 今回の聴力測定（聴力レベル）結果（四分法） 右 _____ dB 左 _____ dB</p> <p>2. 難聴の種類 <input type="checkbox"/> 伝音性難聴 <input type="checkbox"/> 感音性難聴 <input type="checkbox"/> 混合性難聴</p> <p>3. オーディオメーターの形式 _____</p> <p>4. 鼓膜の状況 右 _____ 左 _____</p> <p>5. 補聴効果 ① 会話がはっきりと理解できる ② 会話が大体理解できる ③ 会話は理解できないが、音の識別は可能 ④ 補聴効果なし</p> <p>6. その他補聴器装用に対する意見 _____ _____</p>		
<p>上記の理由による補聴器装用の必要性を</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認める。 ・ 認めない。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 診療科 医師名</p>			
<p>記載上の留意事項</p> <p>1 選択肢がある場合は、該当する項目に○をつけること。</p> <p>2 両耳の聴力レベルの数値が30デシベル未満の場合は必要とする具体的理由を医学的所見等に記入すること。</p>			