

難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏名		男・女	生 月	年 日	年 月 日生（ 歳）
			住	所	
診察 所 見	難聴の種別	伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴			
	<p>※オーディオグラム（気導、骨導とも）は必ず添付してください。</p>				
補聴器	装用耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳		イヤモード	要 ・ 否
	タイプ	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳あな型（レディメイド）		
		<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> 耳あな型（オーダーメイド）		
<input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型		<input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型			
<input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型	<input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡				
<input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> FM補聴システム（ ）				
<input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
処方	（処方の詳細、処方理由等）				
	適応理由等				
	<p>※耳あな型の処方では、必要性、医学的適応を必ず記入してください。特にオーダーメイドの場合、レディメイドでは適応できない理由を詳細に記載してください。</p>				
補聴器の調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該病院・診療所で医師の管理下にてフィッティングを行う。 ・ 業者に委託する。（指示等があれば、以下に記入。） （調整上の参考事項〔不快域等〕、指示〔出力制限等〕） 				
<p>以上のとおり意見する。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				<p>適合確認（ 年 月 日）</p>	
<p>医療機関名 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				<p>確認者 職氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	