

### 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業意見書

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日( )歳																																																																																																																									
住 所																																																																																																																													
障がい名	聴 覚 障 が い																																																																																																																												
障がい・疾病等の状況	【難聴の原因となる障がい・疾病名】																																																																																																																												
	【補聴器装用の効果の見込み】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他																																																																																																																												
聴力障がいの状況・鼓膜所見	平均聴力レベル	右耳:          dB	左耳:          dB	オーディオメータ形式:																																																																																																																									
	聴力検査の結果	検査:                  年   月   日 <div style="text-align: center;">                     周波数(Hz)                      125 250 500 1000 2000 4000 8000                 </div> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">-20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120								最高語音明瞭度: 右耳: _____% 左耳: _____%
-20																																																																																																																													
-10																																																																																																																													
0																																																																																																																													
10																																																																																																																													
20																																																																																																																													
30																																																																																																																													
40																																																																																																																													
50																																																																																																																													
60																																																																																																																													
70																																																																																																																													
80																																																																																																																													
90																																																																																																																													
100																																																																																																																													
110																																																																																																																													
120																																																																																																																													
				鼓膜所見																																																																																																																									
				右耳	略正常 異常																																																																																																																								
				左耳	略正常 異常																																																																																																																								
その他の所見	【注】耳あな型補聴器・骨導補聴器を処方する場合、外耳道・耳介の所見を具体的に記入願います。																																																																																																																												

※【裏面も記入願います。】

