

## 難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (3歳以上)

氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)																																																																
住所		就学 (予定) 先 <small>(学校名・学級区分等)</small>																																																																	
		就学 (予定) 時期	年 月 ~																																																																
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴																																																																		
聴力※	右	dB																																																																	
	左	dB																																																																	
補聴器装用効果	右	有 ・ 無																																																																	
	左	有 ・ 無																																																																	
補聴器の種類等 (処方)	1 補聴器 (1) 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 ┌ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> ポケット型 ┌ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (右・左) └ 軽度・中等度難聴用 (右・左) ・イヤモールド (要・否) <input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイド) (右・左) " (オーダーメイド) (右・左) <input type="checkbox"/> 骨導式 (ポケット型) (右・左) " (眼鏡型) (右・左) " (カチューシャ型) (右・左) <input type="checkbox"/> 軟骨伝導補聴器 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																		
	2 標準純音聴力検査 オーディオメータの型式 _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> dB ※ 気導・骨導聴力をご記入下さい。 ※ 聴力は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する聴力レベル値を、各々 a・b・c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。				500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110			
	500	1000	2000	Hz																																																															
0																																																																			
10																																																																			
20																																																																			
30																																																																			
40																																																																			
50																																																																			
60																																																																			
70																																																																			
80																																																																			
90																																																																			
100																																																																			
110																																																																			
(2) 現在までの補聴器装用の有無 右 ( 有 ・ 無 ) 左 ( 有 ・ 無 )																																																																			
(3) 使用効果見込み (医学的、社会的、発達上等の効果)																																																																			
(4) 次の場合にはその理由を記入する。 ①骨導式カチューシャ型または軟骨伝導補聴器を処方する場合 ②高度・重度難聴用の補聴器を処方する場合																																																																			

