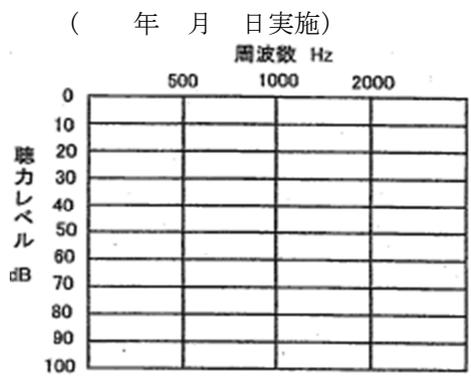


様式第2—1号(第7条関係)

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(ABR・ASSR検査用)		
氏名		年 月 日生(歳)
住所		
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・感音難聴 ・伝音難聴 ・混合性難聴 	ABR・ASSR閾値 (年 月 日実施)右 dB、左 dB (年 月 日実施)右 dB、左 dB (年 月 日実施)右 dB、左 dB
補聴器の種類 (処 方)	<input type="radio"/> 耳かけ型 <ul style="list-style-type: none"> ・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)(右・左) 	OAE(TEOAE・OPOAE)反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。
	<input type="radio"/> 耳あな型 <ul style="list-style-type: none"> ・レディメイド (右・左) イヤモールド(要・否)(右・左) ・オーダーメイド(右・左) 	COR (年 月 日実施) 
	<input type="radio"/> 骨導式 <ul style="list-style-type: none"> ・ポケット型(要・否) ・眼鏡型(右・左) 平面レンズ(要・否)(右・左) 	
	<input type="radio"/> 軟骨伝導式 (右・左) イヤモールド(要・否)(右・左) ※軟骨伝導型は、上記にある他の補聴器のいずれにおいても補聴効果が期待できず、かつ本人に間違いなく適合する場合に限り対象です。	
	<input type="radio"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> ・受信機(要・否) ・ワイヤレスマイク(要・否)(右・左) ・オーディオシュー(要・否)(右・左) 	
現在までの補聴器 装用の有無	右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)	
補聴器使用による 効果見込み		

