

様式第2—2号(第7条関係)

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(オーディオメータ検査用)		
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 	オーディオグラム 聴力検査 オーディオメータの型式 _____
聴 力	右	dB
	左	dB
○聴力は、500・1,000・2,000周波数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。		
補聴器の種類 (処 方)	○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) イヤモールド(要・否)(右・左)	
	○耳あな型 ・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)	
	○骨導式 ・ポケット型(要・否) ・眼鏡型(右・左) 平面レンズ(要・否)(右・左)	
	○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。	
○そ の 他 ・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)		<div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">気導・骨導聴力をご記入下さい。</p>
		現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)
		補聴器使用効果見込み <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

