山元町高齢者補聴器購入費助成金支給意見書

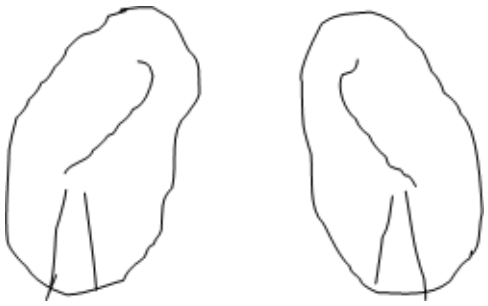
氏名		生年月日	年　　月　　日
住所		原因疾病、外傷名	

医学的所見

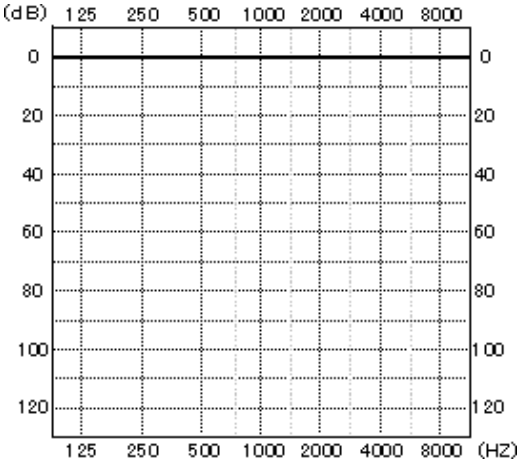
①聴覚障害の種類　　□伝音難聴　　□感音難聴　　□混合難聴

②鼓膜所見

右　　左



③オージオグラム



air 右○…○bone 右[マスキング　右　　dB
左×…×　　左]　　左　　dB

④音声・言語機能障害の状況及び所見

(1)平均聴力（４分法）
右　　dB　左　　dB

(2)補聴効果　右　　左

補聴器の処方

補聴器の装用耳	□右耳に　□左耳に　□どちら側でも（交互装用） □両耳に（理由を特記事項欄に記載）
イヤモールド　□要・□否	□ハウリング防止　□安定した装着状態の獲得 □ハウリングした際、本人気付かない
□ポケット型	
□耳かけ型	
□耳あな型（レディメイド） □耳あな型（オーダーメイド）	耳あな型を処方する理由
□骨導式ポケット型 □骨導式眼鏡型	骨導式を処方する理由
《特記事項》	

以上のとおり診断し、補聴器装用の必要性を認めます。

年　　月　　日　　医療機関名

医　師　名

（備考）

1　補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、生活上特に必要と認められる場合は、両耳装用として２個とすることができる。

2　両耳の聴力レベルが４０デシベル以上で、身体障害者手帳の交付の対象者とならないこと。

3　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給等を優先して受けるよう取扱う。