

様式第 2 号(第 4 条関係)

香春町高齢者補聴器購入費助成医師意見書

(表)

(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	TEL _____		
①原因疾病名 (病名)			
②経過及び現症			
③補聴器の必要性 に関する所見	☐ 必要 [☐ 両耳 ☐ 片耳 (☐ 右耳 ☐ 左耳 ☐ どちらでも可) ☐ 両耳・片耳いずれでも可] ☐ 不要		
④使用効果見込み 等評価所見			
⑤その他参考とな る合併症			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医療機関住所 診療科名 医師氏名 (自署)			

※本意見書を作成することができるのは、身体障害者福祉法第 15 条に規定する指定医師（聴覚障害）又は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第 59 条第 1 項に規定する医療を行う機関（耳鼻咽喉科を担当する医療機関に限る）において、当該医療を主として担当する医師のみです。

※この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。

(裏)

1. 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

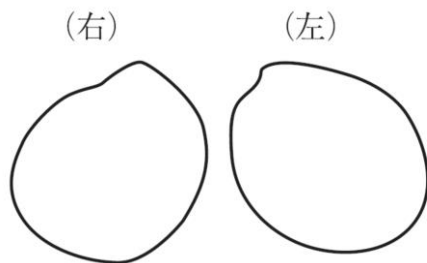
右	dB
左	dB

【助成条件】両耳の聴力レベルがそれぞれ
40dB以上70dB未満であること

2. 障害の種類（該当種類に○）

	伝音性難聴
	感音性難聴
	混合性難聴

3. 鼓膜の状態



4. 聴力検査の結果

※オーディオグラム(純音聴力検査表)等の添付による記載省略可

純音・震音による検査

●検査方法

[]

●オーディオメーターの型式（ ）

	250	500	1000	2000	4000	8000 (HZ)
-10						
0						
10						
20						
30						
40						
50						
60						
70						
80						
90						
100						
110						
120						

(dB) ※可能な場合、骨導閾値も記入してください。

dB()