

氏名		年	月	日生(歳)
----	--	---	---	--------

住所	
----	--

1 難聴の状況及び所見

①難聴の種類 (該当欄に○を付けてください。)

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		

②鼓膜所見・その他

(右) (左)



	500	1000	2000	Hz
-20				
-10				
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				
120 dB				

□ 聴力 (平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

2 必要と認める補聴器

(該当欄に○を付け、使用効果等を記入してください。)

	種類	右	左	使用効果見込み・適応理由
補聴器	高度難聴用 ポケット型			
	高度難聴用 耳かけ型			
	重度難聴用 ポケット型			
	重度難聴用 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)			
	骨導式ポケット型			
	骨導式眼鏡型			
	イヤモールド			

(注) ①両耳装用を必要とする場合

②耳あな型の補聴器を適応する場合

上記①②の場合には、その理由を明記し、比較検査結果を添付してください。

その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。

3 その他所見

上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当科
指定医師名