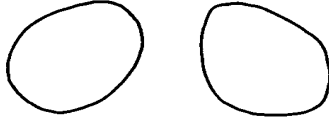
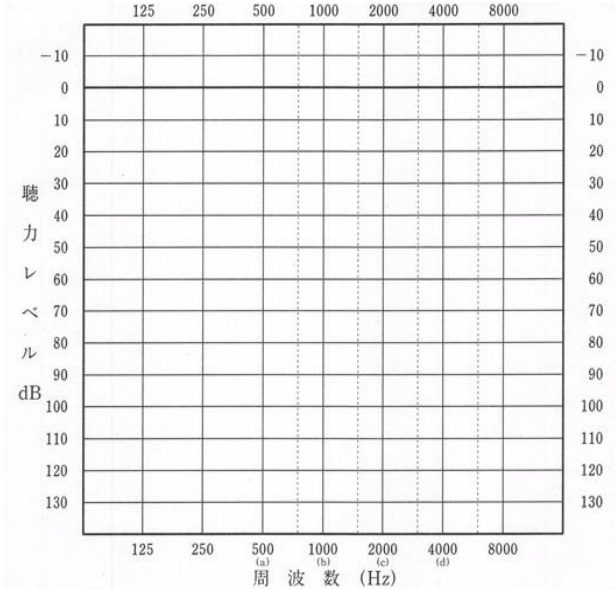


加賀市軽度・中等度難聴児補聴器購入助成金交付意見書

児 童 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所					
疾 病 名					
聴 覚 障 害 の 状 況	聴 力	右 d B	左 d B	会話音域の平均聴力レベル：4分法	
	障害の種類	1 伝音性難聴(右・左) 2 感音性難聴(右・左) 3 混合性難聴(右・左)			
	鼓膜所見 その他				
	聴力検査の結果	 <p style="text-align: right;">【オーディオメーターの型式】 記入方法 気導：右耳○ 左耳×</p>			
必要と認める補聴器	必要と認める補聴器の種類	該当欄に○	装用耳		使用効果等を記入してください ※の機種及び両耳装用に当たっては、医学的な理由も併記
		ポケット型	右・左・両耳		
		耳かけ型	右・左・両耳		
		※耳あな型(レディメイド)	右・左・両耳		
		※耳あな型(オーダーメイド)	右・左・両耳		
		※骨導式ポケット型	右・左・両耳		
		※骨導式眼鏡型	右・左・両耳		
		※その他	右・左・両耳		
イヤーマールド	要 不要				
交付の適否所見	適 ・ 否				

上記のとおり意見します。

年 月 日

医療機関名
作成医師氏名

印