様式第２（第４条関係）

犬山市難聴高齢者補聴器購入費助成事業意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　　女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 障害の種　類 | □伝音難聴　□混合性難聴□感音難聴 | オージオグラム　聴力検査（CORを含む）　オージオメーターの形式

|  |
| --- |
| 125　 250　 500　 1000　 2000　 4000　 8000 |
| -20-100102030405060708090100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (db)※気道、骨導聴力をご記入ください。※装用下閾値を（音場）も記入※ASSRによる推定閾値（四分法）（　　　年　　月　　日実施）右：　　　左：（　　　年　　月　　日実施）右：　　　左： |
| 診断名 |  |
| 聴　力(四分法) | 右 |  |
| 左 |  |
|  | 耳鼻疾患の有無及び障害の状況 |
| 1　現在までの補聴器使用の有無　 右（有・無）　 左（有・無）2　補聴器の必要性　 右（必要・不要）　 左（必要・不要）3　使用効果見込み |
| 1　意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師とする。2　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補聴器の支給対象とならない者とする。 |
| 　上記のとおり意見する。　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |