

難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏名		男女	生年月日	平成	年	月	日生	歳
住所								
障がい名								
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
	疾病・外傷発生年月日			年	月	日	疾病・先天性・その他()	
補聴器装用の効果の見込	<input type="checkbox"/> 補聴器装用により言語習得や学業等に一定の効果があると見込まれる。 <input type="checkbox"/> その他 ()							
聴 覚 障 が い の 状 況	聴力	右	dB	左	dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法		
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴						
	鼓膜の状況							
	聴力検査の結果	【オーディオメーターの型式】 → 						
	その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】						

裏面へ続く

