医師氏名

	難聴児補聴器購入費助	成金交付	意 見 書(6歳未満)	
氏 名		男・女	年 月 日生(	歳)
住 所			,	
障がいの種類	<ul><li>・伝音性難聴</li><li>・混合性難聴</li><li>・感音性難聴</li></ul>	ABR・ASSR ( 年 月 日A 検査機関名	園値 BR・ASSR)右 dB、左 dB 医師氏名	(FI)
補聴器の装用効果	右 有 ・ 無	( 年 月 日A 検査機関名	BR・ASSR)右 dB、左 dB 医師氏名	
対時型の種類	左 有・無   1 補聴器の種類	( 年 月 日A 検査機関名	BR・ASSR)右 dB、左 dB 医師氏名	ED)
補聴器の種類 (処 方)	重度難聴用	COR · PLAY ·	標準純音( 年 月 日実施) 右 dB、左	d B
	□ 高度難聴用	聴 20		
		<sub>7</sub> 30		
	耳かけ型	↓ 50 ↓ 50		
	その他の型式( )	60 ~ 70		
	理由	80 ル 90		
		(dB) 110	250 500 1000 2000 4000	
		<del>                                    </del>	周波数 ( Hz)	(EII)
		検査機関名	医師氏名	
		COR · PLAY ·	標準純音( 年 月 日実施) 右 dB、左	d B
		0 10		
	装用耳(右・左・両)	聴 20—		
	イヤモールド (要・不要)	カ 40 レ 50		
	2 現在までの補聴器装用の有無	60 ~ 70		
	右 ( 有 ・ 無 ) 左 ( 有 ・ 無 )	80 ル 90		
現在までの障がい		(dB) 100 110		
の状況 (治療の内容、期間、経過)・			250 500 1000 2000 4000 周波数 (Hz)	
意見を記入してく		検査機関名	医師氏名	ED
ださい。		_	標準純音( 年 月 日実施) 右 dB、左	d B
		聴 20		
丁自広中の去価		カ 30 カ		
耳鼻疾患の有無   及び障がいの状況		50 50		
		60 70		
		80 ル 90		
		(dB) 100 110	250 500 1000 2000 4000	
		検査機関名	周波数 ( H z ) 医師氏名	
	-   身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の都道府県知 がく交付等を優先して受けるよう取り扱うこと。		<b>見る</b> 。	
上記のとおり意見する。				
年 所 在 地 医療機関名	月日			

ED