

両耳それぞれの聴力レベル

30 d B 以上（＊）

様式第 2 号 (第 6 条関係)

吹田市難聴児補聴器購入等助成券等交付意見書

1 児童の 氏名等	住 所																																																		
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)																																															
2 原傷 病名																																																			
3 平均 聴力	右耳	デシベル		左耳	デシベル																																														
	＊補聴器購入費用の助成条件：両耳それぞれの聴力レベルが 30 d B 以上で、身体障がい者手帳、大阪府 その他地方公共団体の助成の対象とならない難聴児です。																																																		
4 障がい の状況等	(障がいの状況)																																																		
5 聴力 検査	聴力検査実施日 年 月 日			6 補聴器の処方																																															
	オーディオグラム	オーディオメーターの形式 _____			☐ 耳かけ型 ☐ ポケット型 ☐ 耳穴型 ☐ 眼鏡型 ☐ 軟骨伝導 ☐ 右耳 ☐ 左耳 ☐ 両耳																																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				500	1000	2000	Hz	40					50					60					70					80					90					100					110					☐ 必要・ ☐ 不要	
			500	1000	2000	Hz																																													
		40																																																	
50																																																			
60																																																			
70																																																			
80																																																			
90																																																			
100																																																			
110																																																			
			7 イヤーモールドの処方																																																
			8 検査日（この診断書記 載に必要な検査日）																																																
その他 検査	＊オーディオグラムによる検査が不可能な場合は、その理由と他の方法（ABR 等）を記載し、検査結果 表を添付してください。（上記の 3（平均聴力）及び 4（障がい状況等）は記載してください。）																																																		
	(検査方法)			(理由)																																															

上記のとおり意見する。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

（＊） 身体障がい者手帳交付の対象でないこと。