

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		左耳																																															
	デシベル 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 ジ オ グ ラ ム	オーディオメーターの形式 _____			<input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> ポケット型																																													
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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> dB				500	1000	2000	Hz	40					50					60					70					80					90					100					110					<input type="checkbox"/> 耳穴型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型
						500	1000	2000	Hz																																									
40																																																		
50																																																		
60																																																		
70																																																		
80																																																		
90																																																		
100																																																		
110																																																		
<input type="checkbox"/> 軟骨伝導																																																		
<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳																																																		
7 イヤーモールドの処方				<input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要																																														
8 検査日(この診断書記 載に必要な検査日)				年 月 日 年 月 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

印

(＊) 身体障がい者手帳交付の対象でないこと。