
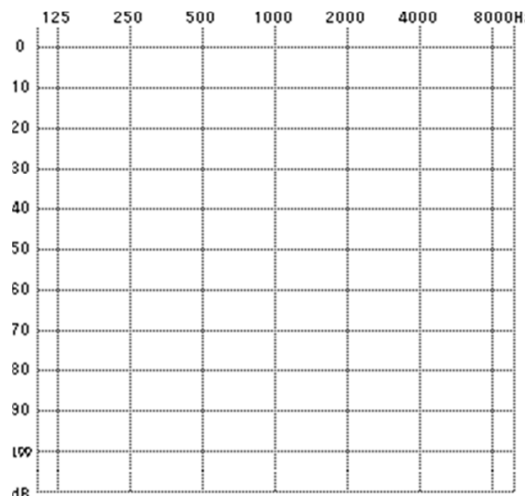


江差町軽・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業に係る医師意見書

氏名		生年月日	平成 年 月 日生（ 歳）
住所	檜山郡江差町字		
傷病名	(発症：平成 年 月 日)		
経過及び所見	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴		耳鼻疾患の有無及び障害の状況 
聴力レベル (会話音域の平均聴力レベル)	右 d B	聴力検査（純音による検査） オーディオメーターの型式（ ）	
	左 d B		
補聴効果	右 有 ・ 無		
	左 有 ・ 無		
補聴器の種類（処方）	ポケット型・耳かけ型・ 耳あな型・骨導式 その他（ ） 装用側（ 右 ・ 左 ） イヤモード（ 要 ・ 否 ）		
処方についての留意点 （イヤモード・両耳装用、また特殊な補聴器を必要とする際には具体的理由を必ず記載）			
上記のとおり補聴器の適用を認める。  江 差 町 長 様 (医療機関)  (医 師 名)			
			印