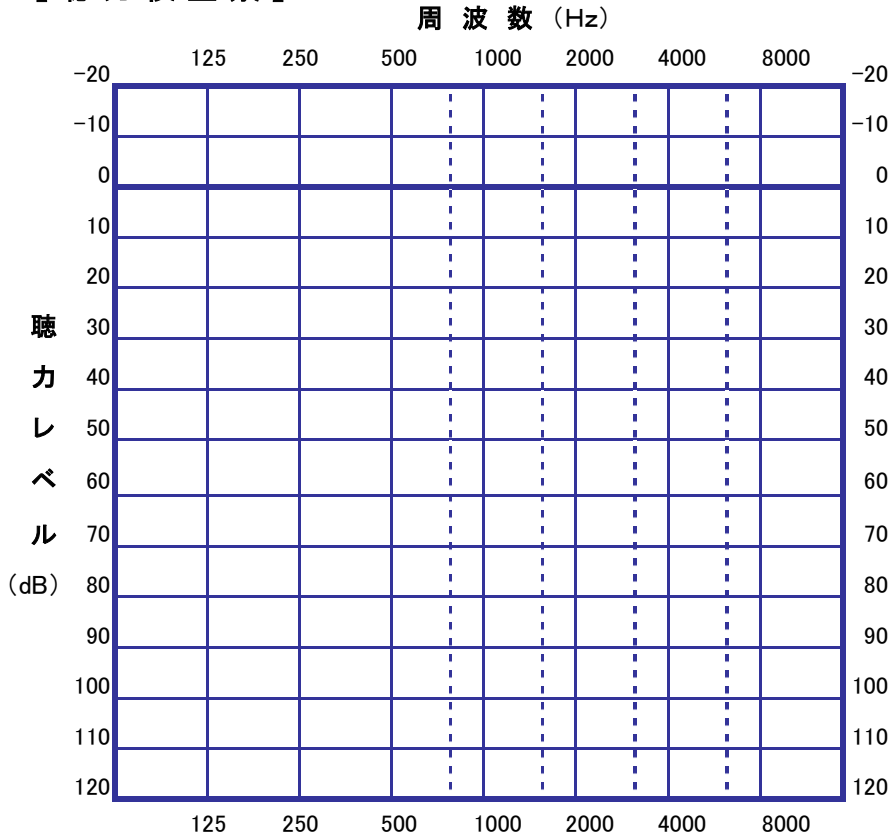


市町村名 ( ) 市町村 ( ) 氏名 ( 才)

医学的判定意見書 (補聴器用)

【聴力検査票】



耳鳴

右耳	dB	左耳	dB
この欄はdB計算の式			
$\frac{500 \text{ Hz} + 1000 \text{ Hz} \times 2 + 2000 \text{ Hz}}{4}$			

マスクング

右耳	有	無
左耳	有	無

	気導	骨導
右耳	—○—	…[ …
右耳	—×—	…]…

〔障害名 (難病患者等にあつては疾患名)〕		
〔所見〕		
〔附記〕	により聴力測定不能 語音明瞭度: ( %)	
〔聴力レベル〕	〔耳鳴りの有無〕	
右耳: dB	右耳: 有 ・ 無	
左耳: dB	左耳: 有 ・ 無	
〔補聴器による効果〕 良 ・ 可 ・ 無		
〔処方 (種目/名称)〕		
※1~3の該当するもの1つについて、□欄にチェックをお願いします。		
1 装用耳 □ 右耳 □ 左耳 □ 両耳		
2 型式		
□ 高度難聴用ポケット型	□ 高度難聴用耳かけ型	
□ 重度難聴用ポケット型	□ 重度難聴用耳かけ型	
□ 骨導式ポケット型	□ 骨導式眼鏡型	
□ 耳あな型レディメイド	} 耳あな型は障害状況及び職業上の理由などから、	
□ 耳あな型オーダーメイド		ポケット型・耳かけ型が装着困難な場合に限ります。
□ その他( )		
3 イヤモールド □ 不要 □ 右耳 □ 左耳 □ 両耳		
〔処方特記〕 両耳装用、耳あな型、骨導式、FM型等の補聴器を必要とする場合には詳細を記載願います。		
上記のとおり意見する。		
年 月 日		
医療機関名		
耳鼻咽喉科	医師氏名 (印)	