

医師意見書

対象児童名		性別	男・女	生年月日	年 月 日()歳	
住所						
現症とその状況						
補聴器が必要な理由 および利用能力						
聴力	右	dB	オーディオメーター型式による検査結果			
	左	dB	500	1000	2000	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> オーディオメーター以外の型式による検査等による場合の検査結果 検査型式() 検査結果等 </div>			db	Hz		
			0			
			10			
			20			
			30			
			40			
			50			
			60			
			70			
			70			
			90			
			100			
110						
補聴器の名称 及び処方	・ポケット型 ・耳かけ型 ・耳あな型*：レディメイド オーダーメイド ・骨導式： ポケット型 眼鏡型					
上記のとおり意見する。	年 月 日 医療機関の所在地 病院名 医師氏名					

*3歳以上申請年度の前年度の3月31日時点において18歳未満で、原則として両耳ともに30db以上70db未満の軽度・中等度難聴児が対象です。

*耳あな型はポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者であること。(身体上、ポケット型および耳かけ型が使用できない明確な理由が必要です。)

