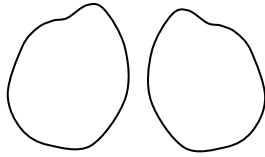


様式第2号（第6条関係）

井手町軽・中等度難聴児支援事業（補聴器購入等助成）に係る医師意見書

氏名			生年月日	平成	年	月	日生（歳）	
住所	京都府							
傷病名								
経過及び所見				(発症 年 月 日)				
	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴							
聴力レベル	右	d B	聴力検査（純音による検査）					
〔会話音域の平均聴力レベル〕	左	d B	オーディオメーターの型式() 右…○ 左…×					
			125	250	500	1000	2000	4000
補聴効果	右	有・無	0					
	左	有・無	10					
処方	ポケット型・耳掛け型・挿耳型		20					
	・その他()		30					
装用側(右・左)			40					
イヤモールド(要・否)			50					
			60					
			70					
			80					
			90					
			100					
			dB					
処方についての留意点 (イヤモールド・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。 平成 年 月 日 井手町長 様 (医療機関) (医師名)								
							(印)	