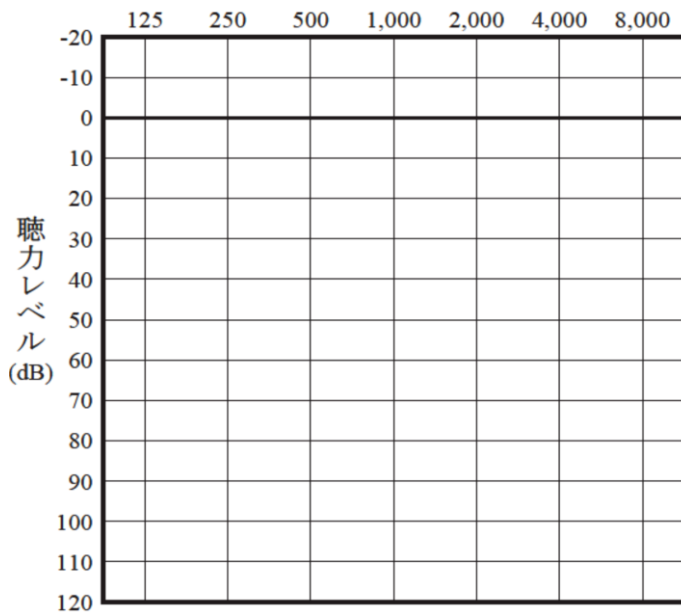


(表面)

宮崎県軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書

氏名		男・女	平成	年	月	日生(歳)
住所		疾病名				
電話番号						
障害種類	1 伝音難聴	2 感音難聴	3 混合難聴			
補聴器テスト	右	1 有効 2 無効 3 その他()	左	1 有効 2 無効 3 その他()		
現在までの補聴器装用の有無	右 (有・無)			左 (有・無)		

オーディオグラム【聴力検査(COR含む)】



聴力レベル(4分法)

右 ○ _____ dB

左 × _____ dB

オーディオメーター機種

【ABR/ASSR閾値】

(年 月 日 ABR・ASSR)

右 _____ dB 左 _____ dB

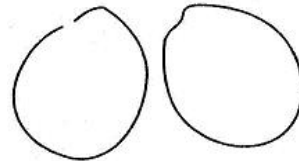
【語音による検査】

最良語音明瞭度

右 _____ dB %

左 _____ dB %

鼓膜の状況 (右) (左)



処方内容

①補聴器の名称(必要な補聴器の種類をチェックしてください)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 | <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型 | <input type="checkbox"/> FM型受信機(台) |
| <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型 | <input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 | () |
| <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 | <input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイド) | <input type="checkbox"/> FM型用ワイヤレスマイク |
| <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 | <input type="checkbox"/> 耳あな型(オーダーメイド) | <input type="checkbox"/> オーディオシュー(台) |
| | <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 | |
| | <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型 | |

②装用耳 右・左・両耳

③イヤーマールド 要・不要

現在までの障害の状況(治療の内容、期間、経過)・意見を御記入ください。

(裏面)

補聴器の必要性・装用効果

(処方内容欄でチェックした補聴器を必要とする理由や装用効果について、具体的に記載してください)

上記のとおり意見する。

平成 年 月 日

医療機関名

宮崎大学医学部附属病院 難聴支援センター

所在地

宮崎市清武町木原5200

医師名

印

(意見書記入上の注意事項)

- 1 補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- 2 ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- 3 ASSR閾値は、周波数500、1,000、2,000、4,000Hzの音に対する値を、各々 $a \cdot b \cdot c (a + 2b + c) / 4$ により算出してください。