

様式第2号（第5条関係）

補聴器購入意見書

対象児童	住所	能美市		
	氏名		生年月日	年 月 日
病 名				
障がい の 経 過	発生・経過			
	現況（補聴器、使用歴、使用効果等）			
聴 力	右	d B	左	d B
	身体障害者手帳の交付基準に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			
補聴器の 種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> その他の補聴器（ ）		右・左	イヤークラウド 要・否
	※その他の補聴器、両耳装用が必要な場合は、必要性等について具体的に記載すること。			
イヤークラウド の 必要性	処方 理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などより、ハウリングが起こりやすい <input type="checkbox"/> 僅かな動きで、耳栓が落下しやすい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
補聴器使用 による 具体的効果				
上記のとおり診断する。				
令和 年 月 日				
指定自立支援医療機関名 所 在 地 診 療 担 当 科 名 医 師 氏 名				
				⑩