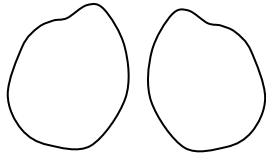


様式第2号（第6条関係）
井手町軽・中等度難聴児支援事業（補聴器購入等助成）に係る医師意見書

氏名			生年月日	平成 年 月 日生（ 歳）																																																																																																									
住所	京都府																																																																																																												
傷病名	(発症 年 月 日)																																																																																																												
経過及び所見	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） オーディオメーターの型式（ ） 右…○ 左…× <table><tr><td></td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000Hz</td></tr><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				125	250	500	1000	2000	4000	8000Hz	0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								dB							
	125	250				500	1000	2000	4000	8000Hz																																																																																																			
0																																																																																																													
10																																																																																																													
20																																																																																																													
30																																																																																																													
40																																																																																																													
50																																																																																																													
60																																																																																																													
70																																																																																																													
80																																																																																																													
90																																																																																																													
100																																																																																																													
dB																																																																																																													
補聴効果	右	有 ・ 無																																																																																																											
	左	有 ・ 無																																																																																																											
処方	ポケット型・耳掛け型・挿耳型 ・その他（ ） 装用側（ 右 ・ 左 ） イヤモールド（ 要 ・ 否 ）																																																																																																												
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																																																																																																													