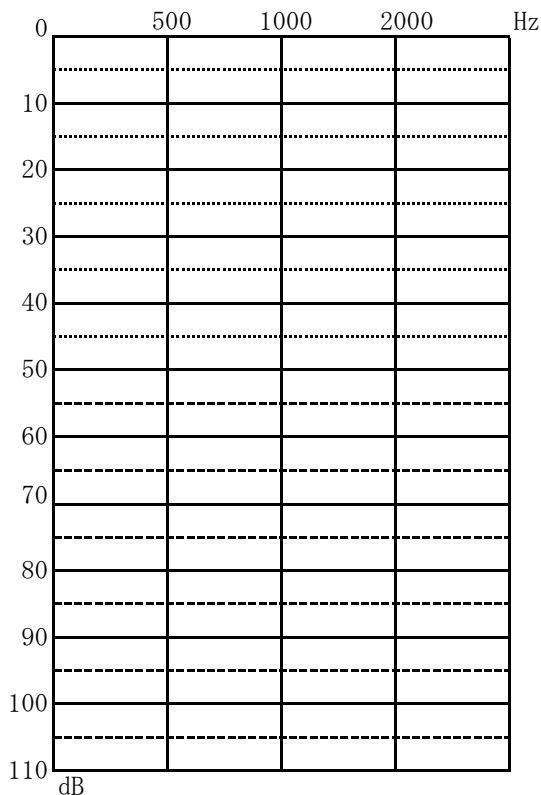


※ 聴力は、周波数500・1,000・2,000Hzの音に対する聴力レベル値を、各々 $a \cdot b \cdot c$ とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。

オーディオグラム
聴力検査
オーディオメーターの型式

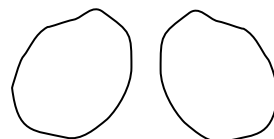


※ 気導・骨導聴力をご記入ください。

現在までの障害の状況(治療の内容, 期間, 経過)・意見をご記入ください。

※FＭ型受信機・FＭ型用ワイヤレスマイク・オーディオチューを処方した場合には、
その医学的理由についてご記入ください。

耳鼻疾患の有無及び障害の状況



- 1 意見書の記載は障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。
- 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要なと認めた場合は2台交付することができる。
- 3 障害者総合支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。

上記のとおり意見する。

年 月 日

所在地

医療機関名指定自立支援医療機関名

醫師氏名

印