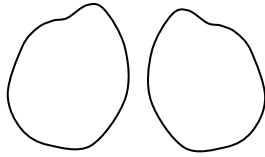


様式第2号 (第5条関係)

京丹波町難聴児補聴器購入費等助成事業に係る医師意見書

氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)																																																																																																								
住 所																																																																																																											
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) オージオメーターの型式() 右…○ 左…× <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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																																																																																																											
(会話音域の平均聴力レベル) 左 d B	左 d B																																																																																																										
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。 年 月 日 京丹波町長 様 (医療機関) (医師名)																																																																																																											
			(印)																																																																																																								