

中央区高齢者補聴器購入費用助成事業用指示書

| | | | | | | | | | |
|-------|----|-------------|----|---|----|-------|---|---|---|
| 本人記入欄 | 氏名 | | 性別 | 男 | 生年 | 明治 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 別 | 女 | 月日 | 大正・昭和 | | | (|
| | 住所 | 中央区 () 方) | | | | | | | |

聴覚機能の支障の状況及び所見

| 医師記入欄 | 1 聴覚機能の支障の種類 | | 2 聴覚検査 | | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------|--|
| | <table border="1"> <tr> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>伝音性難聴</td> <td>伝音性難聴</td> </tr> <tr> <td>感音性難聴</td> <td>感音性難聴</td> </tr> <tr> <td>混合性難聴</td> <td>混合性難聴</td> </tr> </table> | | 右 | 左 | 伝音性難聴 | 伝音性難聴 | 感音性難聴 | 感音性難聴 | 混合性難聴 | 混合性難聴 | 1) 純音聴力検査 オージオメーターの形式 () | |
| | 右 | 左 | | | | | | | | | | |
| | 伝音性難聴 | 伝音性難聴 | | | | | | | | | | |
| 感音性難聴 | 感音性難聴 | | | | | | | | | | | |
| 混合性難聴 | 混合性難聴 | | | | | | | | | | | |
| 補聴器の所見 | | | | | | | | | | | | |
| 医師記入欄 | 1 補聴器の必要性 (有 無) (片耳 両耳) | | 2) 最良語音明瞭度検査 <table border="1"> <tr> <td>右</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>%</td> </tr> </table> | | 右 | % | 左 | % | | | | |
| | 右 | % | | | | | | | | | | |
| | 左 | % | | | | | | | | | | |
| | 2 補聴器の形式 標準型 (箱型 耳掛型) | | (オーディオグラム添付 可) | | | | | | | | | |
| 3 イヤーモールド (有 無) | | | | | | | | | | | | |
| 4 使用効果の見込み | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 医師名 | | | | | | | | | | | | |