

軽度・中等度難聴児への補聴援助システム貸与意見書

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所				歳
病 名				
障害の種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
現 症	4分法による聴力レベル（右 dB）（左 dB）聴力測定日 語音明瞭度検査 （右 %）（左 %）（ 年 月 日）			
	オーディオグラム記載欄（※装用閾値の記載もお願いします。貼り付けも可。） 			
障害の状況 その他の所見	現在の会話・ コミュニケーションの状況			
	補 聴 器 の 使 用 状 況	使用している（機種名 ） 【両 耳・右 耳・左 耳】		
	合 併 症 病名及び所見	病名：		
補聴援助システム利用の効果		見込める		
上記のとおり意見します。 医療機関名 所 在 地 作成医師氏名 電 話 番 号 年 月 日 () 印				

※表面のみ記入をお願いします。（裏面はセンター記入欄）
※意見書への記入完了後、乳幼児聴覚支援センターへご連絡ください。（PHS：8161，8303）

軽度・中等度難聴児への補聴援助システム貸与意見書

氏名_____

	精密聴力検査機関病院 耳鼻科医師 審査助言		
補聴援助 システム利用 の適否	適当 ・ 不適當 ・ 判断困難		
助 言 留 意 点			
記載年月日	年 月 日	医師名	

静岡県乳幼児聴覚支援センター審査欄		
審 査 結 果	1 適当 2 不適當 3 保留	
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】	
審査年月日	年 月 日	静岡県乳幼児聴覚支援センター 相談員