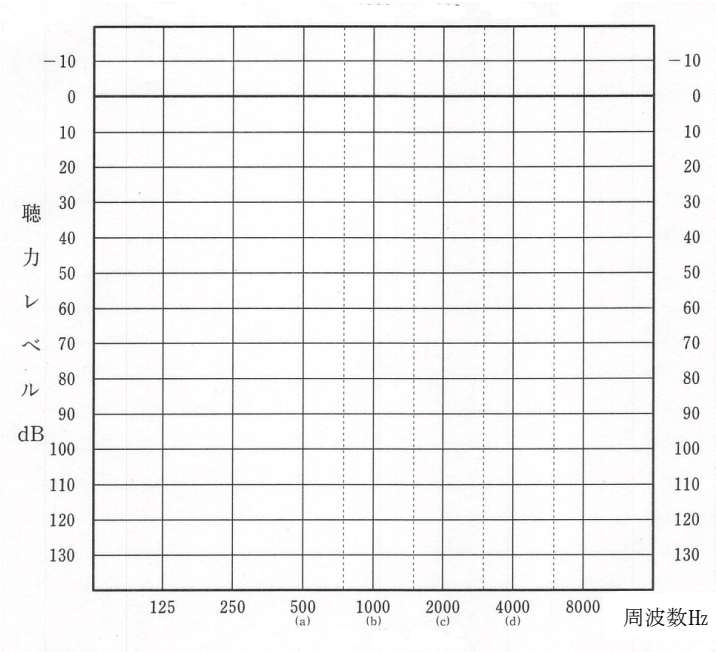
様式第２－１号

軽度・中等度難聴児への補聴援助システム貸与意見書

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td><td>歳</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>障害の種類</td><td colspan="5">１　伝音性難聴　　２　感音性難聴　　３　混合性難聴</td></tr>
<tr><td rowspan="2">現　　症</td><td colspan="5">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）</td></tr>
<tr><td colspan="5">オージオグラム記載欄（※<u>装用閾値の記載もお願いします。</u>貼り付けも可。）
 
</td></tr>
<tr><td rowspan="3">障害の状況
その他の所見</td><td>現在の会話・コミュニケーションの状況</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>補聴器の使用状況</td><td colspan="4">使用している（機種名　　）
【両 耳・右 耳 ・左 耳】</td></tr>
<tr><td>合併症病名及び所見</td><td colspan="4">病名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴援助システム利用の効果</td><td colspan="4">見込める</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり意見します。
年　　月　　日
医療機関名
所　在　地
作成医師氏名　　印
電話番号　　（　　）</td></tr>
</table>

※表面のみ記入をお願いします。（裏面はセンター記入欄）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	静岡県立総合病院　きこえとことばのセンター　審査助言		
補聴援助システム利用の適否	適当　・　不適当　・　判断困難		
助　　言 留　意　点			
記載年月日	年　　月　　日	医師名	