

檜原村高齢者補聴器購入費助成医師意見書

【申請される方へ】

下記枠内に記入のうえ、この意見書を耳鼻咽喉科窓口にご提出ください。

本意見書の発行は、診療費とは別に意見書作成料が必要です。作成料は医療機関により異なります。

フリガナ 氏名		生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)
住 所	檜原村	番地	

【医療機関の皆様へ】

本用紙は、檜原村が実施する高齢者補聴器購入費助成事業に係る書類です。患者様が持参した場合は、必要な聴力検査を実施のうえ、検査結果を記入及び添付（写し可）し、患者様へお渡してください。

なお、診療及び検査の結果、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象となる場合や補聴器が不要と判断された場合は、以下の記入は不要です。（意見書作成料を徴収しないようにお願いいたします。）

以下は、耳鼻咽喉科が記入してください。

聴覚障害の状況及び所見		
4分法による聴覚レベル		
	右耳	左耳
聴力レベル	d B	d B
難聴の種類	・伝音性 ・感音性 ・混合性	・伝音性 ・感音性 ・混合性
※オージオグラムの検査結果を裏面に添付してください。		
<input type="checkbox"/> 中等度難聴（両耳の平均聴力が40 d B以上70 d B未満）以上である。		
<input type="checkbox"/> 両耳もしくは片耳が40 d B未満であるが、補聴器が必要である。		
理由 _____		
上記の者は、補聴器装用が必要であると認めます。		
年 月 日		
医療機関名 所在地 医師名		

(裏)

【検査結果（オーディオグラム）添付欄】

※受診後、3か月以内のものを貼付又は添付してください