様式第２号(第４条関係)

補聴器購入意見書

本意見書の記入者は、身体障害者福祉法による指定医に限ります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 昭和 　年 　月　日 |
| 病名 |  |
| 聴力(４分法平均(※)) | 右　　　　　　dB | 左　　　　　　dB |
| 補聴器の要・否及び効果 | 右(要・否)　　　　 　左(要・否)(効果)(両耳に必要な場合は、その理由) |
| 処方 | 補聴器の種類 | □　ポケット型　　□　耳掛け型□　耳あな型　　　□　その他（　　　　　　　） |
| イヤーモールド | □　有　　　　　　□　無 |
| 　上記のとおり診断する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |

※ ４分法平均聴力とは、周波数500、1000、2000Hzにおける気導聴力閾値の測定値をそれぞれa、b、cとした場合、(a＋2b＋c)／4の数式で算定した数値とします。ただし、測定値が100dB以上の場合は105dBとして計算します。

なお、聴力の測定は、JIS規格に適合したオージオメータを用いた純音聴力検査によります。