様式第2号（第6条関係）

うるま市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男 ・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>難聴の種類</td><td colspan="5">伝音性難聴　・　感音性難聴　・　混合性難聴</td></tr>
<tr><td>聴　　力</td><td colspan="5">右　（　　ｄｂ）　　左　（　　ｄｂ）</td></tr>
<tr><td>診察所見</td><td colspan="5">現在までの経過とその状況をご記入下さい。
（両耳装用が必要となる場合には、必要な理由、装用効果等もご記入下さい。）

今回の検査結果は　聴覚障害　（　　）級相当　・　非該当</td></tr>
<tr><td rowspan="3">補聴器処方</td><td>装用耳</td><td>右耳　・　左耳　・　両耳</td><td>イヤモールド</td><td colspan="2">要　・　否</td></tr>
<tr><td>種類</td><td>☐ 軽度・中等度難聴用ポケット型
☐ 軽度・中等度難聴用耳かけ型
☐ 高度難聴用ポケット型
☐ 高度難聴用耳かけ型
☐ 重度難聴用ポケット型</td><td colspan="3">☐ 重度難聴用耳かけ型
☐ 耳あな型（レディメイド）
☐ 耳あな型（オーダーメイド）
☐ 骨導式ポケット型
☐ 骨導式眼鏡型</td></tr>
<tr><td>適応理由等</td><td colspan="4">（処方の詳細、処方理由等）</td></tr>
</table>

上記のとおり意見、処方する。

年　　月　　日

所　在　地

医療機関名　　印

医　師　名　　印