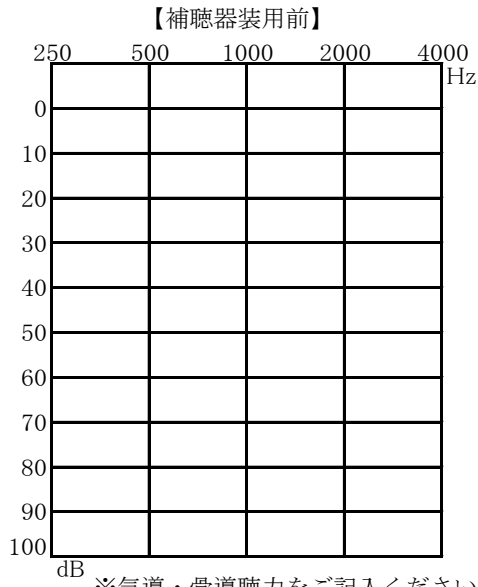


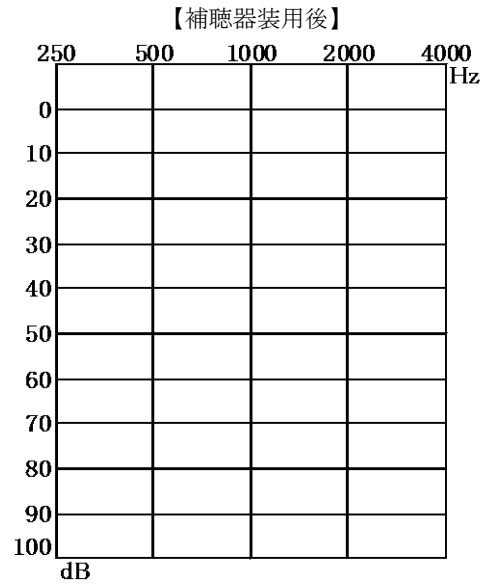


聴力検査の結果

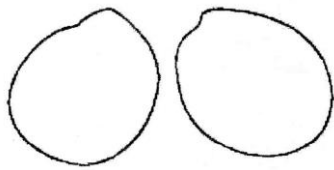
オーディオグラム



※気導・骨導聴力をご記入ください。



鼓膜の状態



備考

※1 意見書の記載は、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関又は一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会が新生児聴覚スクリーニング後の精密聴力検査機関に認定した医療機関の医師に限る。

※2 補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳への片側装用を原則とし、教育、生活上等特に必要と認めた場合は、両側に交付することができる。

※3 聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象である場合は、助成の対象としない。

上記のとおり補聴器の必要を認める。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科名

科 医師氏名