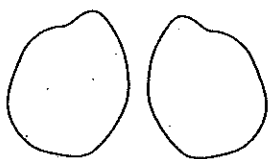


様式第2号(第6条関係)

八幡市軽・中等度難聴児支援事業(補聴器購入等助成)に係る医師意見書

氏名			生年月日	平成・令和	年	月	日生(歳)
住所	京都府						
傷病名							
経過及び所見				(発症 年 月 日)			
	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴						
聴力レベル 〔会話音域の平均聴力レベル〕	右	dB		聴力検査(純音による検査)			
	左	dB		オーディオメーターの型式() 右…○ 左…×			
補聴効果	右	有・無		125	250	500	1000
	左	有・無		2000	4000	8000Hz	
処方	ポケット型・耳掛け型・挿耳型						
	・その他()						
	装用側(右・左)						
	イヤモールド(要・否)						
処方についての留意点 (イヤモールド・両耳装用、また特殊な補聴器を必要とする際には具体的理由を必ず記載)							
上記のとおり補聴器の適用を認める。 令和 年 月 日 八幡市長 様 (医療機関) (医師名)							
							(印)