

補聴器購入等意見書

本意見書の記入者は、身体障害者福祉法により都道府県知事が定める医師に限ります。

対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
病名				
聴力 (4分法平均※)	右	dB	左	dB
補聴器等の 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	補聴器等の種類	<input type="checkbox"/> 軽・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽・中等度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 補聴援助システム (<input type="checkbox"/> 受信機 <input type="checkbox"/> オーディオチュー) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	イヤーマールド	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
上記のとおり診断する。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>				

※ 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ディオメータを用いた純音聴力検査によります。