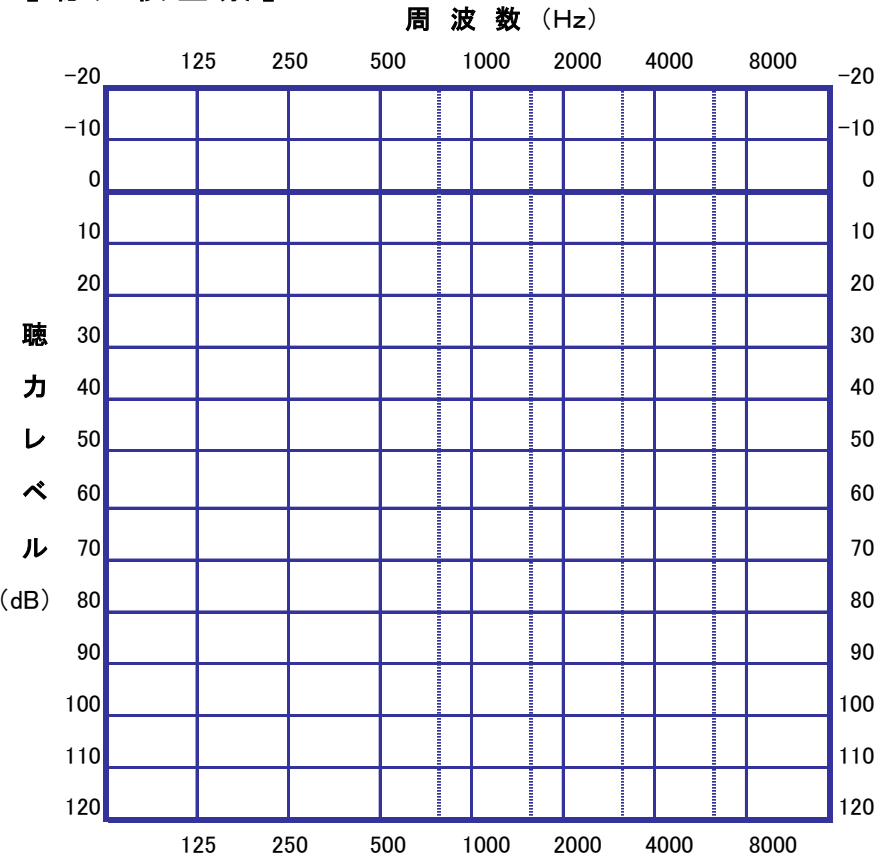


市町村名 市町村 氏名 (歳)

【聴力検査票】



耳 鳴

右耳	dB	左耳	dB
この欄はdB計算の式			
$\frac{500 \text{ Hz} + 1000 \text{ Hz} \times 2 + 2000 \text{ Hz}}{4}$			

マスキング

右耳	有	無
左耳	有	無
	気導	骨導
右耳	—○—	…[…
左耳	—×—	…]…

医学的判定意見書（補聴器用）

〔障害名（難病患者等にあつては疾患名）〕			
〔所 見〕			
〔附 記〕		により聴力測定不能	
語音明瞭度		右耳:	%
		左耳:	%
〔聴力レベル〕		〔耳鳴りの有無〕	
右耳: dB		右耳:	有 ・ 無
左耳: dB		左耳:	有 ・ 無
〔補聴器による効果〕		良 ・ 可 ・ 無	
〔処 方（種目/名称）〕			
※1～3の該当するもの1つについて、□欄にチェックをお願いします。			
1 装用耳	□ 右耳	□ 左耳	□ 両耳
2 型 式	□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 □重度難聴用耳かけ型 □骨導式ポケット型 □骨導式眼鏡型 □耳あな型レディメイド } 耳あな型は障害状況及び職業上の理由などから、 □耳あな型オーダーメイド } ポケット型・耳かけ型が装用困難な場合に限ります。 □その他()		
3 イヤモールド	□ 不要	□ 右耳	□ 左耳 □ 両耳
〔処方特記〕 両耳装用、耳あな型、骨導式、受信機等の補聴器を必要とする場合には詳細を記載願います			
上記のとおり意見する。			
年 月 日			
医 療 機 関 名			
耳鼻咽喉科 医師氏名			