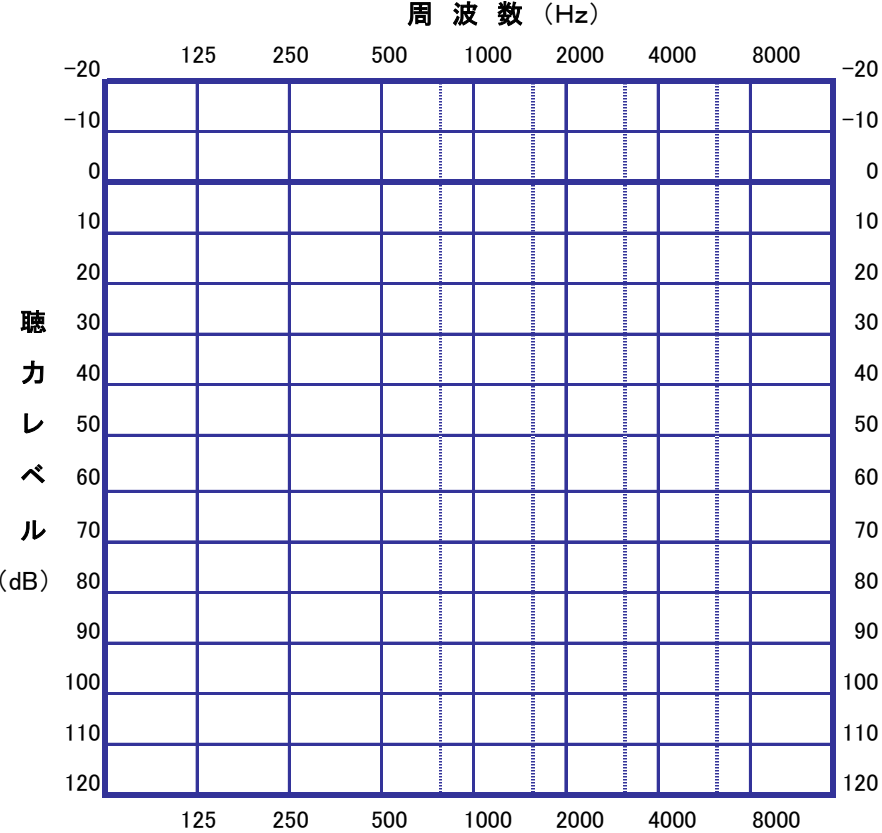


市町村名 (市町村) 氏名 (歳)

【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: (%)
〔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、口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	