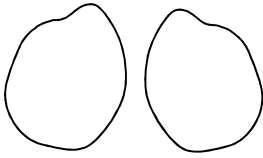


様式第2号（第5条関係）

京田辺市子どもの聞こえ支援事業（補聴器購入等助成）に係る医師意見書

氏名			生年月日	年 月 日生（ 歳）																																																																																																										
住所																																																																																																														
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	右	d B	聴力検査（純音による検査） オーディオメーターの型式() 右…○ 左…×																																																																																																											
〔 会話音域の 平均聴力レベル 〕	左	d B																																																																																																												
補聴効果	右	有 ・ 無	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000Hz</td> </tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>dB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					125	250	500	1000	2000	4000	8000Hz	0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								dB							
	125	250					500	1000	2000	4000	8000Hz																																																																																																			
0																																																																																																														
10																																																																																																														
20																																																																																																														
30																																																																																																														
40																																																																																																														
50																																																																																																														
60																																																																																																														
70																																																																																																														
80																																																																																																														
90																																																																																																														
100																																																																																																														
dB																																																																																																														
	左	有 ・ 無																																																																																																												
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、両耳装用又は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。 年 月 日 (あて先) 京田辺市長 (医療機関) (医師名)																																																																																																														
						(印)																																																																																																								

