

様式第2号（第4条関係）

難聴者補聴器購入意見書

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。

助成対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
病名				
聴力 (4分法平均 (※))	右	dB	左	dB
補聴器の 要・否 及び効果	右（要・否） 左（要・否） (効果)			
処方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳掛け型	
		<input type="checkbox"/> 耳あな型	<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。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 <span style="float: right;">印</span>				

※ 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。