様式第２号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | 由利本荘市 | | | 氏名　　　　　　　　　　　　(　　　歳) | | | | | | | | | | | |  | 医学的判定意見書（補聴器用） | | |
| (聴力検査票) | －20  －10  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  110  120 | 125　　250　　500　　1000　　2000　　4000　　8000 | | | | | | | | | | | | | | | －20  －10  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  110  120 |  | | 障害名 | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 所見 | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | 附記 | により聴力測定不能 | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 聴力レベル | | 耳鳴りの有無 |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | 右耳　　　　　　　　　　　dB  左耳　　　　　　　　　　　dB | | 右耳　　　　　有　　無  左耳　　　　　有　　無 |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | 補聴器による補聴効果 | | 良　可　効果無 |
| 125　　250　　500　　1000　　2000　　4000　　8000  周波数Hz | | | | | | | | | | | | | | | 備考(処方等) | | |
| 耳鳴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　マスキング　　　　　dB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 右耳 | dB | | | 左耳 | | dB | | |  | 恩地 |  | | | 250 | 1000 | |  |
| 右 | | |  |  | |
| 左 | | |  |  | |
| この欄はdB計算の式 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 上記のとおり意見する。  　　　　年　　月　　日  　医療機関名 | | |
|  |  | | | 気導 | | 骨導 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | 右耳 | | | ―○― | | …［… | |
| 左耳 | | | ―×― | | …］… | | 耳鼻咽喉科医師名 | | |