

補聴器購入意見書

対象者	住所	仙北市		
	氏名		生年月日	大正昭和 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)	
	<p>・効果（該当する項目にチェックを入れてください）</p> <p><input type="checkbox"/>社会参加の促進（社会交流など） <input type="checkbox"/>うつ病予防</p> <p><input type="checkbox"/>認知症予防 <input type="checkbox"/>認知症進行予防 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>（※その他効果はこちらに記入してください。）</p> <p>・両耳に必要な場合はその理由</p>			
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（ ） ・耳あな型が必要な場合はその理由		
	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。 令和 年 月 日 医療機関名 医師氏名 （自書または記名押印）				

※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。