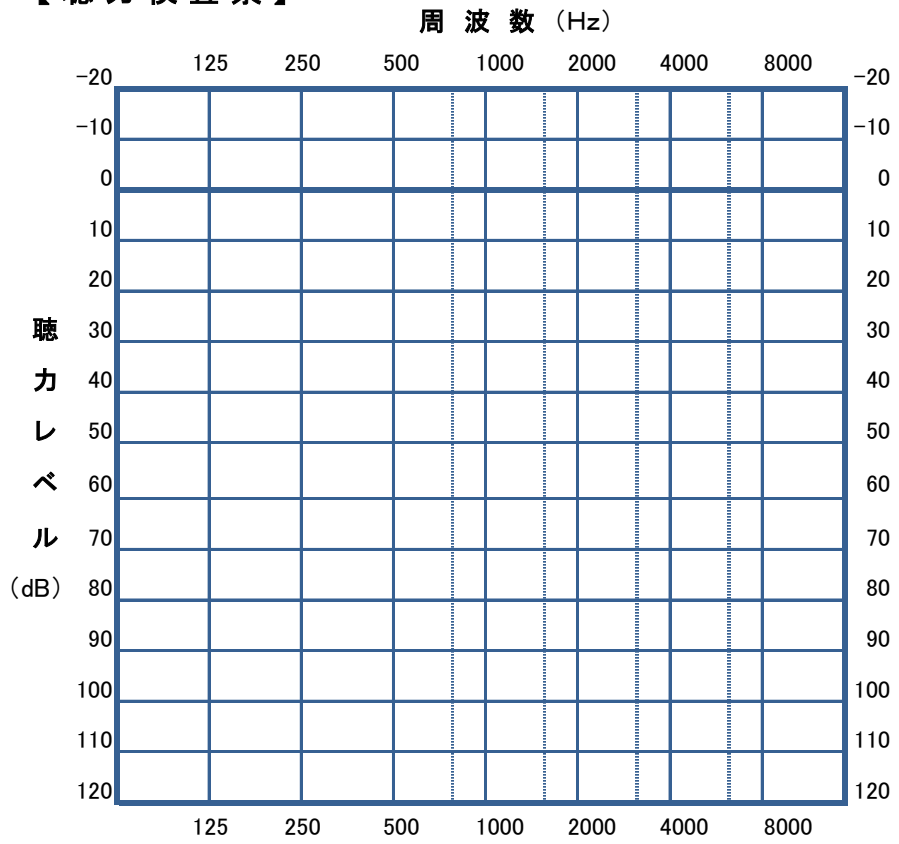
様式第4号

市町村名（　　市町村）　氏名　　（　　才）

【聴力検査票】



耳鳴

右耳　　dB	左耳　　dB
この欄はdB計算の式 $\frac{500\ Hz + 1000\ Hz \times 2 + 2000\ Hz}{4}$	

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（難病患者等にあっては疾患名）〕

〔所 見〕

〔附 記〕　により聴力測定不能　　語音明瞭度：（　　%）

〔聴力レベル〕
右耳：　　dB
左耳：　　dB

〔耳鳴りの有無〕
右耳：有・無
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、□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　□耳あな型オーダーメイド　} 耳あな型は障害状況及び職業上の理由などから、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、FM型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