様式第2号（第4条関係）

　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 市　　 | 　氏名　　　　　　　　　　(　　　歳) | 　 | 医学的判定意見書 |
|  (聴力検査票) | －20－100102030405060708090100110120 | 　　 125　　250　　500　　1000　　2000　　4000　　8000 | －20－100102030405060708090100110120 | 　 | 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 | 　 |
|  | 　診断医師所属 |
| 　 | 　 | 気導 | 骨導 | 　 |
| 　 | 右耳 | ―○― | …［… |
| 左耳 | ―×― | …］… | 　耳鼻咽喉科医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |