

(裏面)

補聴器の必要性・装用効果

(処方内容欄でチェックした補聴器を必要とする理由や装用効果について、具体的に記載してください)

上記のとおり意見する。

令和 年 月 日

医療機関名 宮崎大学医学部附属病院 難聴支援センター

所在地 宮崎市清武町木原5200

医師名

印

(意見書記入上の注意事項)

- 1 補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- 2 ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- 3 ASSR閾値は、周波数500、1,000、2,000、4,000Hzの音に対する値を、各々 $a \cdot b \cdot c (a + 2b + c) / 4$ により算出してください。