

突発性難聴臨床調査個人票

（ふりがな） 氏名			性別	男・女	生年月日	年	月	日	
住所	〒				TEL				
発病年月	年	月	日	歳頃	初診年月日	年	月	日	
受診状況	通院		年	月	日	～	年	月	日
	入院		年	月	日	～	年	月	日

* 認定基準に基づき、該当する例を認定しています。（疑い例は認定できません。）
 * 新規申請のみ対象とします。
 * 入院治療のみが公費負担対象となります。

I 症状及び所見（□にレ印をしてください。）

- (1) 難聴は突然発症したか。 した しない
- (2) 聴力の改善悪化の繰り返し あり なし
- (3) 原因は不明であるか 不明 原因あり

II 副症状

- (1) 耳鳴り 有り なし
- (2) めまい 有り なし
- (3) 第聴神経（聴神経）以外の神経症状 有り なし

III 聴力レベル

気導（4分法）

右 _____ dB

左 _____ dB

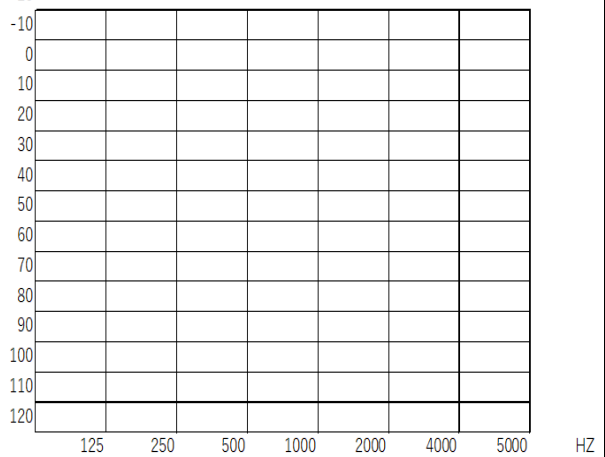
* 右表に下記記号により記入

	左耳	右耳
気導	×	○
骨導]	[

□にレ印をしてください。

- 水平型 低音障害型
- 高音急墜型 その他

検査年月日（ 年 月 日）



医師の意見	所属施設名
	所在地
	(TEL)
	医療機関コード
診断確定日： 年 月 日	主治医氏名
診断書記載日： 年 月 日	