

様式第2号（第4条関係）

医 師 意 見 書

対象者 氏名		生年 月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)
住 所			

上記対象者は、下記のとおり聴力低下のため、日常生活を営むのに支障があり  
補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

補聴器の 必 要 な 理 由	該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。  □両耳とも中程度（40 dB以上 70 dB未満）以上の難聴 □両耳又は片耳の聴力が 40 dB未満だが補聴器が必要 理由：  (聴力レベル：右 dB 左 dB)
聴力検査 結 果	オージオグラム（純音聴力検査表・3カ月以内のもの）をこの欄（裏面でも可）に添付してください。

年 月 日

医療機関 所在地

医療機関名

医師氏名

印