

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	オーディオグラム（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