

様式第2号(第5条関係)

医 師 意 見 書

対象者 氏 名		生年 月 日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	高鍋町		

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。 □ 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴 □ 両耳又は片耳の聴力が40dB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か月以内のもの)をこの欄（裏面でも可）に貼付してください。

年 月 日

医療機関 所 在 地

医療機関名

医 師 氏 名

印