様式第２号(第６条関係)

**医 師 意 見 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 生 年  月 日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 基山町 | | | |
| 上記の者について、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 | | | | |
| 聴力レベル | | 右：　　　　ｄＢ　　左：　　　　ｄＢ | | |
| 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。  □　片耳又は両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴  □　片耳又は両耳の聴力が40dB未満だが補聴器が必要  理由： | | |
| 補聴器の要件 | | 該当するチェック欄（□）に✔印をご記入ください。  　　□両耳　　□片耳（□右耳　□左耳　□どちらでも可）  イヤーモールド【　□あり　・　□なし　】 | | |
| 聴力検査結果 | | オージオグラム(純音聴力検査表)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