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）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。 | | |

※身体障害者福祉法第15条第１項に規定する聴覚障害の区分に指定された医師が記載してください。

※意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。

年　　月　　日

医療機関　　所在地

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　印