

様式第 2 号（第 4 条関係）

耳鼻科医の医師意見書（補聴器申請用）

住 所	川俣町			
氏 名			性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	年 月 日		年齢	満 歳
4 分法平均聴力レベル	左耳	dB	右耳	dB

上記の者は、下記のため日常生活を送るために補聴器が必要であると認めます。（下記のうち該当する方に✓を記入してください。）

- ☐ 標準音聴力検査の結果、上記のとおり 4 分法平均聴力レベルから両耳とも中等度難聴（40dB以上70dB未満）であると診断されます。
- ☐ 標準音聴力検査の結果、上記のとおり 4 分法平均聴力レベルは40dB未満ですが、日常生活を送るために補聴器が必要であると判断した理由は、次のとおりです。
(理由)

年 月 日

医療機関

所 在 地

医療機関名

耳鼻咽喉科医師名（自署）

電話番号