

第2号様式（第4条関係）

耳鼻科医の医師意見書（補聴器申請用）

住 所	国見町			
氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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、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。)

- 標準純音聴力検査の結果、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（40 dB以上 70 dB未満）であると診断されます。
- 身体障害者に該当しないが、標準純音聴力検査の結果、上記のとおり4分法平均聴力レベルから片耳は40 dB以上 70 dB未満で他方が70 dB以上であると診断されます。

年 月 日

医療機関

所 在 地 :

医 療 機 関 名 :

医 師 名 (自 署) :

電 話 番 号 :