様式第1号(別紙2)

医師意見書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　　名 |  |
|  |
| 住　　所 | 〒　　　　― |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 聴覚の状況及び所見 | 右 | 聴力レベル | 　　　　　　　　　　　　㏈ |
| 難聴の種類 | 伝音声 ・ 感音性 ・ 混合性 |
| 左 | 聴力レベル | 　　　　　　　　　　　　㏈ |
| 難聴の種類 | 伝音声 ・ 感音性 ・ 混合性 |
| * 両耳とも30㏈以上70㏈未満の難聴
* 両耳又は片耳の聴力が30㏈未満だが補聴器が必要
* その他

理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　上記の者は、聴力低下により日常生活を営むことに支障があるため、補聴器の使用が必要であることを認めます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名

（署名又は記名押印）

※ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください