

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	dB
		難聴の種類	伝音声 ・ 感音性 ・ 混合性
	左	聴力レベル	dB
		難聴の種類	伝音声 ・ 感音性 ・ 混合性
<input type="checkbox"/> 両耳とも30dB以上70dB未満の難聴 <input type="checkbox"/> 両耳又は片耳の聴力が30dB未満だが補聴器が必要 <input type="checkbox"/> 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