

鞍手町高齢者補聴器購入費助成医師意見書

申請者 (対象者)	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (歳)

上記の対象者の聴力については下記のとおりであることを認めます。

記

オーディオグラム検査結果による現在の聴力レベル	右	dB	左	dB
	<input type="checkbox"/> 両耳とも中等度(40dB 以上 70dB 未満)以上の難聴			
「補聴器の要否」について	必要である ・ 必要でない ※4分法により両側中等度難聴を基準としています。 ※両耳又は片方の聴力が 40dB 未満だが補聴器が必要な場合は、下記に理由を記載してください。			
	必要と判断した理由 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>			
装用耳 : 左耳 ・ 右耳 イヤモールド : 要 ・ 不要				
年 月 日				
医療機関	所在地 名称 診療科 医師氏名 電話番号 ()			

※有効期限は作成（診断）日から3か月です。

※記載に係る費用は、申請者の自己負担です。