

## 医師意見書

フリガナ		生年月日
対象者		年 月 日
住 所		

上記対象者は、下記のとおり、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

### 記

聴力機能	<p>該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。 軽度難聴の場合は、補聴器が必要な理由を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴 <input type="checkbox"/> 片耳が中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴 <input type="checkbox"/> 両耳とも軽度難聴（25dB以上40dB未満） 補聴器が必要な理由 〔 〕</p> <p><input type="checkbox"/> 片耳が軽度難聴（25dB以上40dB未満） 補聴器が必要な理由 〔 〕</p>
補聴器の必要性	右 （ 必要 ・ 不要 ） 左 （ 必要 ・ 不要 ）

年 月 日

医療機関名

医師名

※ ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しく下さい。