

## 丹波市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

|      |              |
|------|--------------|
| フリガナ |              |
| 氏 名  |              |
| 住 所  | 丹波市          |
| 生年月日 | 年 月 日 生 ( 歳) |

上記対象者は、下記のとおり聴力低下があり、かつ治療による改善が困難なため補聴器の使用が必要であることを認めます。

## 記

## 医師記入欄〈検査・診断の結果〉

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診 断 結 果                                                                                                              | 該当するチェック欄 (□) に☑印を記入ください。<br><input type="checkbox"/> 両耳とも聴力レベルが 40dB 以上 70dB 未満<br><input type="checkbox"/> 片耳の聴力レベルが 70dB 以上で他方の耳の聴力レベルが 70dB 未満<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 聴力検査結果                                                                                                               | ※オーディオグラムを裏面に添付するか、本書面の左肩にホッチキス留めで添付してください。                                                                                                                                            |
| 年 月 日<br><br>所在地 _____<br><br>医療機関名 _____<br><br>医師氏名 _____<br><div style="text-align: right;">(自筆による署名又は記名押印)</div> |                                                                                                                                                                                        |