

医師意見書

【申請者（対象者）】

フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏 名			
住 所	〒		

<注意>文書料は申請者の自己負担です。

【医師意見欄】

確認のため該当する場合は、してください。

対象聴力 両耳の平均聴力レベルが4分法で40 dB以上70 dB未満である。

検査結果 オージオグラム検査結果（6箇月以内のもの）添付

その他特記事項

上記の者は、補聴器の装用が有用であると認めます。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印

（自署でない場合押印）

※本意見書は、耳鼻咽喉科を標ぼうする医師が作成してください。