

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 ☐ 4 分法で両耳の平均聴力レベルが 4 0 d B 以上 7 0 d B 未満である。

☐ 4 分法で一側耳の聴力レベルが 4 0 d B 以上 7 0 d B 未満であり、かつ、
 他側耳の聴力レベルが 4 0 d B 以上 9 0 d B 未満である。

検査結果 ☐ オーディオグラム検査結果（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。