様式第２号（第６条関係）

(表面)

皆野町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

【本人記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 生　年月　日 | 年　　月　　日　　　　　（　　　　歳） |
| 住　所 | 〒 |

【医師意見欄】

　聴覚障害の状況及び所見　【１・２を記入してください。】

　１　オージオグラム検査の結果による聴力レベル

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 右 | 左 |
| 聴力レベル | 　　　　　　　　　　㏈ | 　　　　　　　　　㏈ |

※オージオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

 ２　補聴器を装用する耳　・本人の希望による　　・右が効果的　　・左が効果的

　３　その他（４０㏈未満で補聴器が必要な理由）

上記の者は、補聴器の使用が必要であることを認める。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　医療機関名

　　　所在地

　　　医師名

(裏面)

【オージオグラム添付欄】