

（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 オーディオグラム検査の結果による聴力レベル

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

※オーディ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（40dB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)

【オーディオグラム添付欄】

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the text. It is intended for an audiogram attachment.