医 師 意 見 書

※太枠内は申請者(補聴器利用者)が記入してください。

| ※ 本件的は中請有(開心器利用有)が記入してください。 | | |
|---|--|--|
| (フリカ゛ナ) | | |
| 氏 名 | | |
| 住 所 | 三重県度会郡玉城町 | |
| 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| 上記の者は、下記のとおり聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを 認めます。 | | |
| | 記 | |
| | □ 両耳とも中程度(40dB以上70dB未満)以上の難聴 | |
| | □ ―側耳が中程度(40dR以上70dR未満)以上の難聴かつ 他側耳が40dR未満 | |

| | □ 両耳とも中程度(40dB以上70dB未満)以上の難聴 |
|--------|---|
| | □ 一側耳が中程度(40dB以上70dB未満)以上の難聴かつ、他側耳が40dB未満 |
| 対象聴力 | の聴力 |
| | □ その他 |
| | 理由(|
| | オージオグラムをこの欄(裏面でも可)に貼付してください。 |
| | |
| | |
| | |
| 聴力検査結果 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

年 月 日

医療機関名 医 師 名

※ご記入いただいた医師意見書は、患者様にお渡しください。