

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。

(フリガナ)	
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

対象聴力	☐ 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未満の聴力 ☐ その他 理由（)
聴力検査結果	オーディオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付してください。

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。