

第2号様式（第5条関係）

（表面）

阿久根市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	〒 電話		

【医師記入欄】

聴力障がい の 状況及び所見（1及び2を御記入ください。）

1 オーディオグラム検査の結果による聴力レベル

聴力レベル	右	左
	dB	dB

※ オーディオグラム検査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ます。

年 月 日

医療機関 所在地
医療機関名
医師氏名

(裏面)

オーディオグラム（純音聴力検査表・3か月以内のもの）をこの欄に貼付してください。

聴力検査結果