

補聴器に関する意見書

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				

該当する聴力にチェックしてください。

- 【対象聴力】  両耳が40 d B以上で、70 d B未満  
 一耳が70 d B未満で、かつ他耳が70 d B以上

上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり、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

印

電話番号

注：耳鼻咽喉科専門医の医師が作成のこと。

# 意見書記入例

こちらの意見書は、受診する耳鼻咽喉科に記入してもらいます。

様式第2号（第5条関係）

## 補聴器に関する意見書

氏名	浅川 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和●●年●月●日
住所	浅川町大字浅川字背戸谷地112-15			

該当する聴力にチェックしてください。

- 【対象聴力】
- 両耳が40 dB以上で、70 dB未満
- 一耳が70 dB未満で、かつ他耳が70 dB以上

上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり、補聴器の使用が必要であることを認めます。

令和 ●年 ●月 ●日

医療機関 所在地 白河市●●●●

医療機関名 ●●●耳鼻咽喉医院

医師氏名 ●●● ●● 印

電話番号 0248-●●-●●●●

注：耳鼻咽喉科専門医の医師が作成のこと。

意見書作成料については自己負担となります。

※ 本意見書の発行には診療費とは別に意見書作成料が自己負担となります。