様式第２号（第５条関係）

医師意見書

※太枠内は対象者が記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  対 象 者 |  | 生 年 月 日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　－  東近江市 | |

　上記対象者は、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 | 該当するチェック欄（□）に✓印を記入してください。  □ 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴  □ 両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが、補聴器が必要  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 聴力検査  結　　果 | オージオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付するか、本書の右肩の裏側に留めてください。 |

　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名