

芦屋町高齢者補聴器購入費助成医師意見書

申請者 (対象者)	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (歳)

上記の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

オージオグラム検査結果による現在の聴力レベル	右	dB	左	dB
	<input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40 dB以上 70 dB未満）以上の難聴			
補聴器の必要性等 (○で囲む)	必要である • 必要でない ※4分法により両側中等度難聴を基準としています。 ※両耳又は片方の聴力が40 dB未満だが補聴器が必要な場合は、下記に理由を記載してください。 必要と判断した理由 〔 〕			
	装用耳 : 左耳 • 右耳 イヤモールド : 要 • 不要			
年 月 日				
医療機関 所在地 名称 診療科 医師氏名 電話番号 ()				

※記入日前3か月以内のオージオグラム（純音聴力検査表）の検査結果を裏面に添付してください。

※有効期限は作成（診断）日から3か月です。

※記載に係る費用は、申請者の自己負担です。

【オーディオグラム添付欄】

