

医師意見書

(五條市高齢者補聴器等購入費助成事業申請用)

氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
住所	五條市		
<p>上記の方は日常生活を送るために、補聴器が必要であると認めます。 オーディオグラム検査の結果、4分法により両側中等度難聴(40 dB以上 70 dB未満)を 基準としています。</p> <p>ただし、40 dB未満でも補聴器が必要と判断した理由は、以下のとおりです。</p> <p><u>理由</u> _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">(署名の場合は、押印不要です。)</p> <p>電話番号</p>			

【添付書類】

1. オーディオグラム(純音聴力検査表)(医師の意見欄記入日前3か月以内のもの)