

横浜市難聴者補聴器購入費助成事業にかかる医師意見書

【本人記入欄】

ふりがな 氏名		生年 月日	大正・昭和 年 月 日
住所	〒 横浜市 区	電話	()

【医師意見欄】

聴覚の状況および所見

1 4分法による聴力レベル

右	聴力レベル	dB
	難聴の種類	感音難聴・伝音難聴・混合難聴
左	聴力レベル	dB
	難聴の種類	感音難聴・伝音難聴・混合難聴

2 補聴器装用を要する耳：両耳・右耳・左耳
※○をつけてください。

3 所見
上記の難聴者に補聴器が必要であると認める。
※4分法により両耳とも30dB以上70dB未満を基準としています。
※30dB未満でも補聴器が必要な場合は理由を最下部に記載してください。

日付： 年 月 日

医療機関名：

所在地：

医師名：

※以下は該当がある場合のみ記載

- ・30dB未満の場合
理由： _____
- ・補聴器装用について医師意見書作成前に補聴器相談医が相談を受けていた場合
補聴器装用について相談を受けた日付： 年 月 日