第２号様式（第５条関係）

## 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | （　　　　） |

## **【本人記入欄】**

## **【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：

理由（30dB未満の場合のみ記載）：