

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：

理由（30dB未満の場合のみ記載）： _____