様式第２号(第５条関係)

利府町高齢者補聴器購入費助成金医師意見書

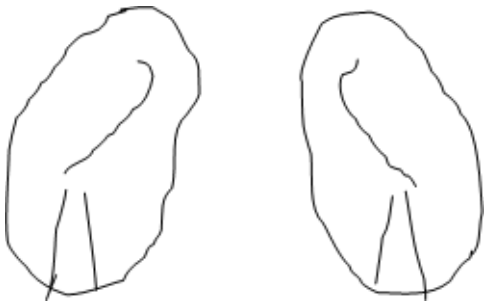
氏名		生年月日	年　　月　　日
住所		原因疾病、外傷名	

医学的所見

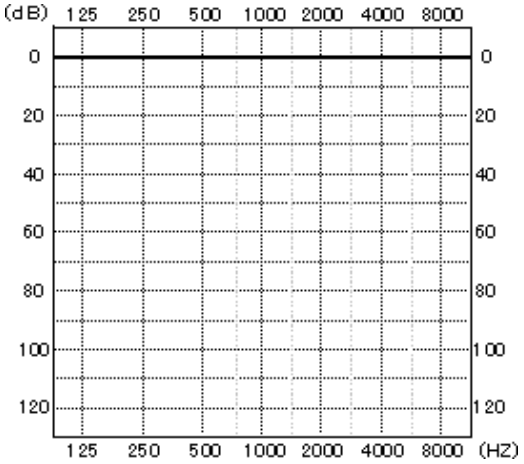
①聴覚障害の種類　　□伝音難聴　　□感音難聴　　□混合難聴

②鼓膜所見

右　　左



③オージオグラム



air 右○…○bone 右[マスキング　右　　dB
左×…×　　左]　　左　　dB

(1)平均聴力（４分法）
右　　dB　左　　dB

(2)補聴効果　右　　左

装着について

補聴器の装用耳	□右耳に　□左耳に　□どちら側でも □希望に応じて両耳検討
補聴器種類	□本人の希望に応じて □その他（　　）

《特記事項》

以上のとおり診断し、補聴器装用の必要性を認めます。

年　　月　　日　医療機関名

医　師　名

(備考)

１　補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、生活上特に必要と認められる場合は、両耳装用として２個とすることができる。

２　両耳の聴力レベルが４０デシベル以上で、身体障害者手帳の交付の対象者とならないこと。

３　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給等を優先して受けるよう取扱う。