

（表）

日の出町シニアはつらつ補聴器助成医師意見書

【申請される方へ】

下記の枠内に記入のうえ、この意見書を耳鼻咽喉科窓口にご提出ください。

本意見書の発行は、診療費とは別に意見書作成料が必要です。

本意見書発行後、日の出町いきいき健康課高齢支援係へご提出ください。

フリガナ 氏名		生年 月日	年	月	日生
住所	日の出町大字				

【医療機関の皆様へ】

本用紙は、日の出町が実施する高齢者補聴器助成事業に係る書類です。患者様が持参した場合は、必要な聴力検査を実施のうえ、検査結果を記入、及び添付（写し可）し、患者様へお渡しく下さい。なお、診療及び検査の結果、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象となる場合や補聴器が不要と判断された場合は、以下の記入は不要です。（意見書作成料を徴収しないようお願いいたします。）

以下は、耳鼻咽喉科が記入してください。

聴覚障害の状況及び所見

4分法による聴覚レベル

	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
難聴の種類	・伝音性・感音性・混合性	・伝音性・感音性・混合性

※オージオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

中等度難聴（両耳の平均聴力が40dB以上70dB未満）以上である。

両耳もしくは片耳が40dB未満であるが、補聴器が必要である。

理由 _____

上記の者は、補聴器装用が必要であると認めます。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

(裏)

オーディオグラム添付欄