

南風原町加齢性難聴者補聴器購入費助成事業

聴力レベル及び補聴器使用の要否を示す医師の意見書

医師の意見欄

患者氏名 \_\_\_\_\_

患者住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

四分法にて該当する聴力にチェックしてください。(3か月以内有効)

両耳が50デシベル以上

一側耳が40デシベル以上で、かつ他耳が80デシベル以上

補聴器の使用について

必要であると認めます。

必要であると認められません。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関

所在地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_ (診療科 耳鼻咽喉科)

医師氏名 \_\_\_\_\_