医師の意見書

対象者	氏名		生年 月日	年 月 日	性別	男・女
	住所					
難聴の種類						
経過と現在の症状						
現在の聴力レベル		右	dB	左	dB	
補聴器の必要性		右（ ☐ 必要 ☐ 不要）		左（ ☐ 必要 ☐ 不要）		
補聴器の処方内容		※両耳装用が必要な場合はその理由も記載してください。				
装用効果の見込み						
<p>1 意見書の記載は身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師に限る。</p> <p>2 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付対象とならないこと。</p> <p>3 対象は、他の法令等に基づく補聴器購入の助成等を受けていない者とする。</p> <p>4 聴力レベルの測定にあたり、オーディオメータによる検査の実施が困難な場合は、ABR等の多角的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。</p>						
<p>上記のとおり補聴器装用の必要を認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 医師名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>						