

補聴器に関する意見書

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				

該当する聴力にチェックしてください。

- 【対象聴力】 両耳が40 d B以上で、70 d B未満
 一耳が70 d B未満で、かつ他耳が70 d B以上

上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり、補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地

医療機関名

医師氏名

印

電話番号

注：耳鼻咽喉科専門医の医師が作成のこと。