

（表 面）

屋久島町高齢者補聴器購入費補助事業医師意見書

【本人記入欄】

フリガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒		

【医師意見欄】

聴覚障害の状況及び所見 【1・2を記入してください。】

1 オーディオグラム検査の結果による聴力レベル

	右	左
聴力レベル	dB	dB

※オーディオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

2 補聴器を装用する耳 ・ 本人の希望による ・ 右が効果的 ・ 左が効果的

3 その他（40dB未満で補聴器が必要な理由）

上記の者は、補聴器の使用が必要であることを認める。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

(裏 面)

【オーディオグラム添付欄】

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the attachment of an audiogram.