

多可町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

フリガナ		生年月日（年齢）
氏 名		年 月 日生 (歳)
住 所	多可町	

上記対象者は、下記のとおり聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

検査・診断の結果

診 断 結 果	該当するチェック欄（□）に☑印を記入ください。 □両耳とも聴力レベルが 40dB 以上 70dB 未満 □片耳の聴力レベルが 70dB 以上で他方の耳の聴力レベルが 70dB 未満 □その他 ()
聴力検査結果	※オージオグラムを裏面に添付するか、本書面の左肩にホッチキス留めで添付してください。
年 月 日 所 在 地 _____ 医療機関名 _____ 医 師 氏 名 _____ (自筆による署名又は記名押印)	