

様式第 2 号（第 4 条関係）

志布志市補聴器助成事業医師意見書

フリガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日（ 歳）
住 所			

【医師意見書】

オーディオグラム（聴力検査（C O Rを含む。））		聴力レベル（4分法）	
	dB	右	d B
10		左	d B
20		(語音による検査) 最良語音明瞭度	
30		右	d B %
40		左	d B %
50		※（オーディオメーター記録紙添付でも可）	
60		(障害の種類)	
70		(伝音性難聴・感音性難聴・混合性難聴)	
80		鼓膜の状況	
90		(右)	(左)
100			
110			
2,000	Hz	500	1,000

上記検査の結果、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