様式第３号（第５条関係）

高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住  所 |  | | |
| 氏  名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 病名  症状 |  | | | |
| 聴力 | 右　　　　㏈　　　　　左　　　　㏈　　（４分法）  ※両耳の聴力レベルがそれぞれ５０デシベル以上の者が対象 | | | |
| 治療による聴力の改善の見込み | * あ　り　　　　　　　　□　　な　し | | | |
| 補聴器の要否  及び　効　果 | 右　（　　要　・　否　　）　　左　（　　要　・　否　　）  【効果】  該当する項目にチェックをしてください。  □　日常生活の改善  □　社会参加の促進  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 上記のとおり、診断する。  　　　　年　　　月　　　日  所　在　地  医療機関名  医師氏名 | | | | |

※聴力の測定は、平成１５年１月１０日付け厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発第１１０００１号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」に定める純音オージオメーター検査によります。