

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	dB	左	dB（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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
補聴器の要否及び効果	右（ 要 ・ 否 ） 左（ 要 ・ 否 ） <b>【効果】</b> 該当する項目にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 日常生活の改善 <input type="checkbox"/> 社会参加の促進 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
上記のとおり、診断する。  <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>				

※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」に定める純音オーディオメーター検査によります。