様式第２号（第４条関係）

難聴高齢者の補聴器購入等についての医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">設楽町　　字</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>障　害　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>経過と現在の症状</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>現在の聴力レベル</td><td>右　　dB</td><td>左　　dB</td></tr>
<tr><td>補聴器の必要性</td><td>右　（□ 必要　□ 不要）</td><td>左　（□ 必要　□ 不要）</td></tr>
<tr><td>両耳装用が
必要な理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>補聴器の種類</td><td colspan="2">□　耳かけ型　□　ポケット型　□　耳あな型
□　骨導式　□　その他（　　）
【理由】</td></tr>
<tr><td>装用効果の見込み</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

１．意見書の記載は身体障害者法第 15 条に規定する指定医師に限る。
２．対象は、法律に基づく補聴器の支給対象とならない者とする。
３．聴力レベルの測定にあたり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ＡＢＲ等の多角的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。

上記のとおり意見する。

年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
医　師　名