第２号様式（第７条関係）

補聴器に関する意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | 年齢 | 歳 |
| 病名 | 加齢性難聴　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 日常生活について | 日常生活において、以下の質問にあてはまるものに○をつけてください。  聞こえない（聞こえづらい）ことで生活に支障がある。  　　　　　ある　　　　　　なし | | |
| 聴力 | 右　　　　　　　　　 dB 左　　　　　　　　　　　　dB | | |
| 補聴器の  要・否 | 右　（　　要　　・　　否　　）　　左　（　　要　　・　　否　　） | | |

上記の者は、身体障害者手帳の交付対象にならないが、補聴器が必要な状態であることを証明する。

年　　　　　　月　　　　　　日

医療機関

医師名