

様式第2号（第4条関係）

医 師 意 見 書

_____様

あなたは、両耳の平均聴力レベルが30 dB以上70 dB未満（一側耳の平均聴力レベルが30 dB以上70 dB未満、他側耳の平均聴力レベルが70 dB以上90 dB未満を含む。）であり、また永続性があるため補聴器の利用が必要であると認めます。

（右耳：_____dB, 左耳：_____dB）

※両耳の平均聴力レベルが30 dB未満で補聴器の利用が必要と判断される場合は、次に理由を記載してください。

理由：_____

年 月 日

医療機関 所在地
名 称
医師氏名
電話番号（ ） ー