様式第２号(第５条関係)

補聴器に関する医師の意見書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">年齢</td><td rowspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="3">加齢性難聴　　・　　その他(　　)</td></tr>
<tr><td>日常生活について</td><td colspan="3">日常生活において、以下の質問にあてはまるものに〇をつけてください。

【質問：聞こえない(聞こえづらい)ことで生活に支障があるか】
ある　　ない</td></tr>
<tr><td>聴　　力</td><td colspan="3">右　　dB　　/　　左　　dB</td></tr>
<tr><td>補聴器の要・否</td><td colspan="3">右（要・否）/ 左（要・否）</td></tr>
</table>

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

年　　月　　日

医療機関名

医師名