別記様式第２号（第４条関係）

医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日
年齢</td><td rowspan="2">年　　月　　日
歳</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">邑楽町</td></tr>
<tr><td>対象要件</td><td colspan="4">該当すればチェックをお願いします
□対象者は、聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象でない聴力である
□両耳の平均聴力レベルが40dB以上70dB未満
（一側耳の平均聴力レベルが40dB以上70dB未満、他側耳の平均聴力レベルが70dB以上90dB未満を含む。）</td></tr>
<tr><td>補聴器の
必要性</td><td colspan="4">□上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があり、
補聴器の使用が必要であることを認めます（□右耳　□左耳）

□不要</td></tr>
<tr><td>処方における
特記事項</td><td colspan="4">右（型式：　　）　　左（型式：　　）
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり意見する。

年　　月　　日
所在地
医療機関名
医師名</td></tr>
</table>

※3ヶ月以内に作成されたオージオグラムを添付してください。

記入に当たっての留意事項

１　意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医が記載してください。

２　補聴器購入費の助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める65歳以上の高齢者のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが40デシベル以上の方です。

３　聴力測定は、純音オージオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500、1,000、2,000ヘルツの純音に対する聴力レベル（デシベル値）をそれぞれａ、ｂ、ｃとした場合、次の算式により算定した数値としてください。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

４　「処方における特記事項」について、補聴器の左右と型式を記入してください。