

徳島市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

フリガナ		生年月日
申請者氏名 (助成対象者)		大正・昭和 年 月 日
住 所	徳島市	

医 師 意 見 欄	【聴力検査結果】 聴力レベル(四分法)						
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>右耳</th><th>左耳</th></tr></thead><tbody><tr><th>聴力レベル</th><td>dB</td><td>dB</td></tr></tbody></table>		右耳	左耳	聴力レベル	dB	dB
		右耳	左耳				
	聴力レベル	dB	dB				
	<input type="checkbox"/> 聴力検査の結果、 <u>両耳とも</u> 平均聴力レベルが 40 デシベル以上 70 デシベル未満である。						
	<input type="checkbox"/> 聴力検査の結果、上記の基準に当てはまらないが、つぎの理由により補聴器装用の必要 がある。						
	理由 ()						
	上記の者は、補聴器が必要であると認めます。						
	年 月 日						
	医療機関名・医師名						
所在地							
電話番号							
※作成日から3か月有効							