様式第２号

補聴器に関する意見書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td><td>年齢</td><td>歳</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。
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</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