

様式第2号（第6条関係）

補聴器に関する医師の意見書

フリガナ			
氏名			
生年月日		年齢	歳
病名	加齢性難聴 ・ その他 ( )		
日常生活について	日常生活において、以下の質問にあてはまるものに○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		
聴力	右	db	左                      db
補聴器の要・否	右	( 要 ・ 否 )	左 ( 要 ・ 否 )

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