

補聴器に関する意見書

フリガナ			
氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
住 所			
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、次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	左	dB	
	右	dB	
補聴器の 要 ・ 否	左	要 ・ 否	
	右	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

医療機関名

医 師 名