様式第２号（第４条関係）

平戸市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>病名
症状</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>聴力</td><td colspan="4">右　　dB　　左　　dB　（４分法）
※両耳の聴力レベルがそれぞれ５０デシベル以上の者が対象</td></tr>
<tr><td>治療による聴力の改善の見込み</td><td colspan="4">□　あり　　□　なし</td></tr>
<tr><td>補聴器の要否及び効果</td><td colspan="4">右（　要・否　）　左（　要・否　）

【効果】
該当する項目にチェックをしてください。
□　日常生活の改善
□　社会参加の促進
□　その他　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり、診断する。

年　月　日

所　在　地

医療機関名

医 師 氏 名</td></tr>
</table>

※聴力の測定は、平成１５年１月１０日付け厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発第１１０００１号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」に定める純音オージオメーター検査によります。