

補聴器に関する意見書

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○を付けてください。 ・聞こえない（聞こえづらい）ことで生活に支障があるか 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