

様式第2号（第5条関係）

医師意見書

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日生 (歳)
住所	西脇市	

上記の者は、下記のとおり聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

検査・診断の結果

診断結果	<p>該当するチェック欄（□）に☑印を記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>両耳とも聴力レベルが40dB以上70dB未満</p> <p><input type="checkbox"/>片耳の聴力レベルが70dB以上かつ他方の耳の聴力レベルが70dB未満</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>
聴力検査結果	<p>※オージオグラムを裏面に添付するか、本書面の左肩にホッチキス留めで添付してください。</p>
<p>年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____</p>	