様式第２号

補聴器購入についての医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">南木曽町</td></tr>
<tr><td colspan="2">経過と現在の症状</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の聴力レベル</td><td colspan="2">右　　dB</td><td colspan="3">左　　dB</td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴器の必要性</td><td colspan="2">右　（□ 必要　□ 不要）</td><td colspan="3">左　（□ 必要　□ 不要）</td></tr>
<tr><td colspan="2">両耳装用が
必要な理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴器の種類</td><td colspan="5">□ 耳かけ型　□ ポケット型　□ 耳あな型
□ 骨導式　□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="7">１．意見書の記載は日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医に限る。
２．対象は、法律に基づく補聴器の支給対象とならない者とする。
３．聴力レベルの測定にあたり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ＡＢＲ等の多角的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。</td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり意見する。

年　月　日

医療機関名
所　在　地
医　師　名</td></tr>
</table>