

様式第2号（第6条関係）

補聴器に関する医師意見書

対 象 者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳）	
病 名			
聴 力		右 _____ dB	左 _____ dB
補聴器の要・否		右 （ 要 ・ 否 ）	左 （ 要 ・ 否 ）
補 聴 器 の 効 果		(効果) ※ 両耳の聴力が40dB未満の場合は装用の必要性を記入	
処 方 （補聴器の種類）		☐ ポケット型 ☐ 耳かけ型 ☐ 耳あな型 ☐ その他（ ）	
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 （自署又は記名押印）			

（留意事項）

- 1 本意見書は身体障害者福祉法第15条第1項による指定医が作成してください。
- 2 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」に規定する純音オーディオメータ検査によります。
- 3 両耳の聴力が40デシベル未満の場合は原則助成の対象にならないため、装用の必要性を認める具体的な理由を記入してください。
- 4 本意見書の有効期限は作成（診断）日から3か月です。