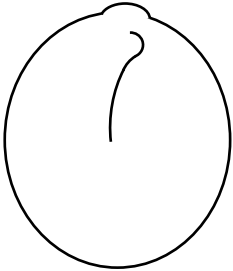
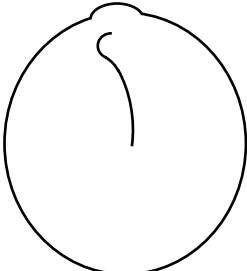
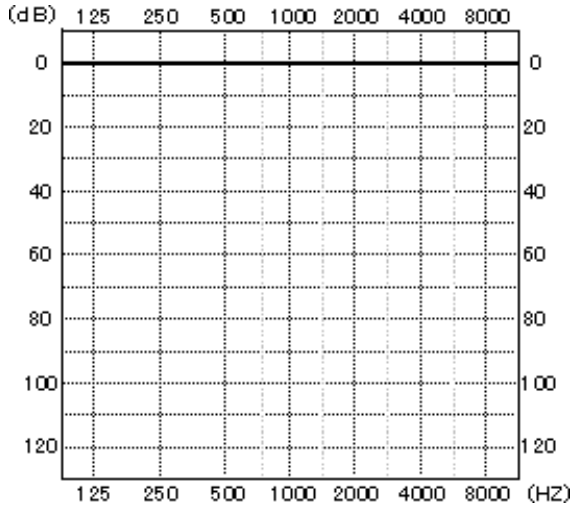


仙台市難聴高齢者補聴器購入費助成事業 医師意見書			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	仙台市		
原因疾病 外傷名	☐ 加齢性難聴 ☐ その他 ()		
医 学 的 所 見	①聴覚障害の種類 ☐ 伝音難聴 ☐ 感音難聴 ☐ 混合難聴 ☐ その他 () ②鼓膜所見 右  左 		
	③オーディオグラム 		
	④聴覚機能障害の状況 (1) 平均聴力 (4 分法) 右 dB 左 dB (2) 補聴効果 右 有・無 左 有・無		
	補聴器の装用耳 ☐ 右耳 ☐ 左耳 ☐ どちら側でも可 ☐ 本人の希望に応じて両耳でも可 補聴器種類 ☐ 本人の希望に応じて ☐ その他 () 《特記事項》		
以上のとおり診断し、補聴器装用の必要性を認めます。 年 月 日 医療機関名 医 師 名			

(備考)

- オーディオグラムについては、裏面に結果を貼付することで記載を省略することができます。
- 両耳の聴力レベルがいずれも40デシベル以上70デシベル未満の方が当事業の対象となります。
- 聴力レベルが70デシベル以上の方は、身体障害者手帳の交付の対象となることから、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補装具支給が優先となります。