

様式第2号 (第5条関係)

医 師 意 見 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
現在の 聴力レベル	右 _____ d B                      左 _____ d B (助成要件) 一耳の聴力レベルが 40 d B 以上であること。
特記事項	
<p>上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり、補聴器の使用が必要であることを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p>	

※聴力レベルは JIS 規格の純音オーディオメータを用い、会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500、1,000、2,000 ヘルツの純音に対する聴力レベル (dB 値) をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値としてください。  $(a+2b+c) / 4$