

第2号様式（第6条関係）

御所市難聴高齢者補聴器購入費助成医師意見書

①住所			
②氏名		③生年月日	年 月 日
④現在の症状			
⑤現在の聴力レベル	<p>確認のため、<input type="checkbox"/>へチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが50 dB以上70 dB未満</p> <p><input type="checkbox"/> 一耳の聴力レベルが30 dB以上かつ他耳の聴力レベルが70 dB以上</p>		
⑥補聴器の必要性 (該当部分にレ点)	右 (<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)	左 (<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)	
その他特記事項			
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p> <p>電話番号</p>			

※ 医師の方へ 裏面の確認もお願いします。

医師意見書作成にあたっての留意事項

1. 意見書の作成は、耳鼻咽喉科を主として担当する医師が記載してください。
2. 難聴高齢者補聴器購入費助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める 65 歳以上の高齢者のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳の聴力レベルが 50db から 70db 又は一側耳の聴力レベルが 30db 以上かつ他側耳の聴力レベルが 70db 以上の場合となります。
3. 聴力測定は純音オーディオメータ検査により、聴力レベルは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。

$$\frac{A+2 B+C}{4}$$

4. 表面の①～⑥は必ず記載をお願いします。