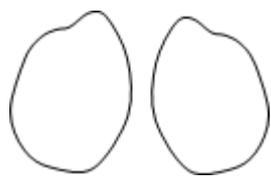
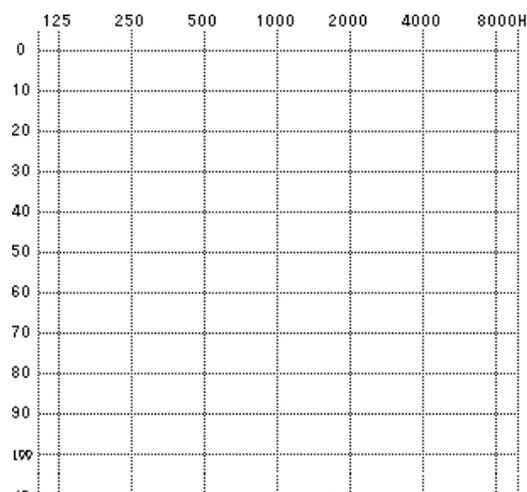


別記様式第2号（第5条関係）

京丹後市難聴高齢者補聴器購入費助成事業に係る医師意見書

氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所	京丹後市		
経過及び所見	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴		
聴力レベル （会話音域の平均聴力レベル）	右 dB	聴力検査（純音による検査） オーディオメーターの型式（ ） 右…○ 左…×	
	左 dB		
補聴効果	右 有 ・ 無		
	左 有 ・ 無		
処方	ポケット型・耳かけ型・挿耳型・ その他（ ） 装用側（ 右 ・ 左 ） イヤモールド（ 要 ・ 否 ）		
処方についての留意点 （両耳装用を必要とする際には具体的理由を必ず記載）			
上記のとおり補聴器の適用を認める。 年 月 日 京丹後市長 様 （医療機関） （医師名）			
身体障害者福祉法第15条第1項の指定医であって、所属学会認定の専門医である。			はい・いいえ

