

第2号様式(第6条関係)

医師意見書

【本人記入欄】

ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所	〒 浜松市 区					

【医師意見欄】

聴力	右耳	d B	左耳	d B	
身体障害者手帳(聴覚) 交付要件 (□にチェックを入れてください。)	<input type="checkbox"/> 無 ※「無」の方のみ本事業の対象となります。 (下記「身体障害者福祉法による聴覚障害程度等級表」を参照)				
補聴器相談医による作成 (□にチェックを入れてください。)	<input type="checkbox"/> 本意見書を補聴器相談医として作成します。				
上記から、加齢性難聴により ( 右耳 ・ 左耳 ・ 両耳 ) の補聴器装用が必要であると診断します。 ※どれか一つに○を付けてください。  年 月 日  医療機関名 所在地 氏名 (自署又は記名押印)					

- 本意見書は補聴器相談医（一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が定める「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器キーパーソンおよび日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医規則（平成22年11月5日制定）」に基づき、当該学会理事長により委嘱された耳鼻咽喉科専門医）が作成してください。
- 検査の結果、両耳の聴力レベルがそれぞれ **30dB以上 70dB未満** となった方を助成対象とします。
- 診断の結果、本事業の対象外となった場合は口頭で結果を通知し、本意見書には記入しないようお願いいたします。
- 本意見書の有効期限は作成（診断）日から3か月です。

身体障害者福祉法による聴覚障害程度等級表

等級	障害程度
2	両耳の聴力レベルが100デシベル以上
3	両耳の聴力レベルが90デシベル以上
4	①両耳の聴力レベルが80デシベル以上 ②両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの
6	①両耳の聴力レベルが70dB以上 ②一耳の聴力レベルが90dB以上、他耳の聴力レベルが50dB以上