様式第２号（第３条関係）

医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 現在の聴力レベル | | 右　　　　　　　　　dB |
| 左　　　　　　　　　dB |
| 特記事項 | |  |
| 上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があり、補聴器の使用が必要であることを認めます。  　　　年　　　月　　　日  医療機関所在地  医療機関名  医師氏名 | | |

※聴力レベルはJIS規格の純音オージオメータを用い、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。

【算式】(a+2b+c)/4