様式第２号（第5条関係）

証明書（補聴器申請用）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　日 |
| ４分法平均聴力レベル | 右耳：　　　　　　　　　　dB | 左耳：　　　　　　　　　　dB |
| 特記事項 |  |

標準純音聴力検査の結果、当該患者は上記のとおり４分法平均聴力レベルから両耳とも中程度難聴（40dB以上70dB未満）であると診断されます。

よって、上記の者は、日常生活を送るために補聴器が必要であると認めます。

年　　　　　月　　　　日

【医療機関】

所在地 ：

名　称 ：

診療科 ：耳鼻咽喉科

医師名（自署又は記名押印）：

電話番号 ：