

医師意見書

住 所		
氏 名		
生年月日	年	月 日
現在の 聴力レベル	右 d B	左 d B
語音明瞭度	右 %	左 %
聴力低下の原因と なった疾病・外傷名		
特記事項		
<p>上記の者は、聴力低下により日常生活を営むことに支障があるため、補聴器の使用が必要であることを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p>		

（医師意見書の記載にあたっての留意事項）

- この医師意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師（耳鼻咽喉科の医師に限ります。）が記載してください。
- 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。

$$(a + 2b + c) / 4$$