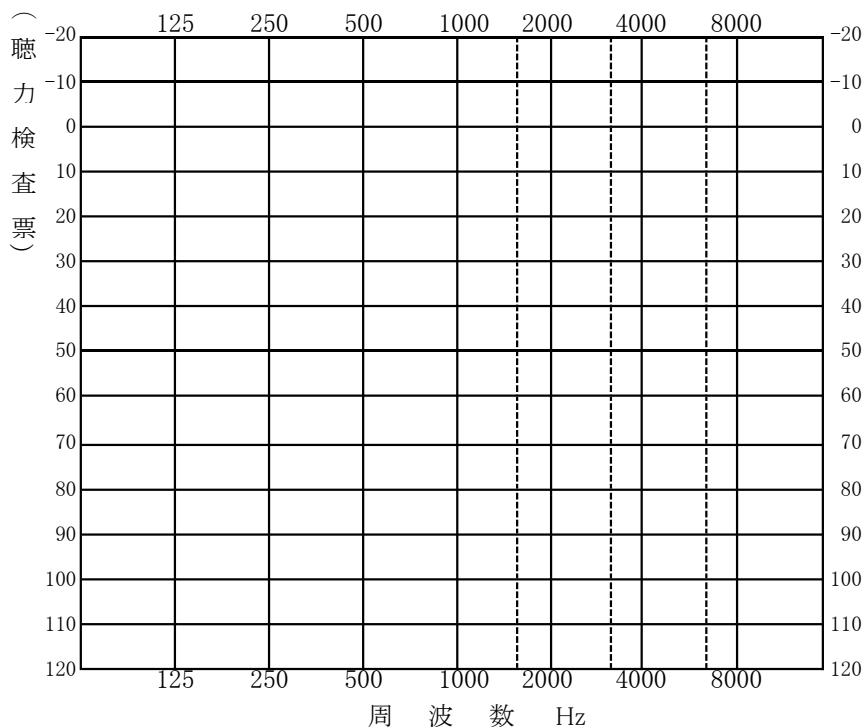


横手市

氏名 (才)

令和 年 月 日

医学的判定意見書



耳鳴

右耳	dB	左耳	dB
この欄はdB計算の式			
$\frac{500\text{Hz} + 1000\text{Hz} \times 2 + 2000\text{Hz}}{4}$			

マスキング dB

恩地		250	1000
	右		
	左		

	気導	骨導
右耳	—○—	…[…]
左耳	—×—	…]…]

障害名	
所見	
附記	により聴力測定不能
聴力レベル	耳鳴りの有無
右耳 dB	右耳 有 無
左耳 dB	左耳 有 無
補聴器による補聴効果	良 可 効果無
備考(処方等)	
診断医師所属	
耳鼻科医師名	印
咽喉	

【軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成対象条件】

- ・両耳の聴力レベルが30dB以上、又はこれに相当すると医師が認める場合で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと
- ・耳鼻咽喉科治療による聴力改善が見込めないこと

※本意見書の記載は身体障害者福祉法に基づく指定医師に限ります