横手市 氏名 (才) 令和 年 月 日 医学的判定意見書 250 2000 500 1000 4000 8000 -20 障 力 -10 -100 検 所 見 10 査 20 票) 30 30 40 40 50 50 附記 により聴力測定不能 60 60 70 70 聴力レベル 耳鳴りの有無 80 80 右耳 dB 右耳 無 有 90 90 左耳 無 dB 左耳 有 100 100 補聴器による補聴効果 良 可 効果無 110 110 備考(処方等) 120 500 1000 2000 波 数 Hz 周 耳 マスキング 鳴 dB1000 250 恩地 右 耳 dB 左 耳 dΒ 右 左 診断医師所属 この欄はdB計算の式 骨導 $500Hz + 1000Hz \times 2 + 2000Hz$ 気導 右耳 ...[... 印 -0-耳鼻 科医師名 4 左耳 $-\times-$...]... 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