

様式第 2 号（第 6 条関係）

医 師 意 見 書

住 所	入善町
フリガナ	
氏 名	
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 規格の純音オーディオメータを用い、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】 $(a+2b+c)/4$