

(様式第5号)

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

医師意見書

対象者 氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所	旭川市		

<医師の意見>

上記の者は、別添のオーディオグラムのとおり、両耳とも聴力レベルが40デシベル以上であり、かつ聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象とはなりません。聴力低下のため、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
医師名

※この医師意見書は、記入後に対象者へお渡しください。

※対象者にオーディオグラム（聴力検査結果）を交付してください。