

|       |            |         |
|-------|------------|---------|
| フリガナ  |            | 生 年 月 日 |
| 対 象 者 |            | 年 月 日   |
| 住 所   | 〒 一<br>明石市 |         |

記

|        |   |
|--------|---|
| 対象聴力   | <p>該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。</p> <p>□ 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴</p> <p>□ 両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが補聴器が必要</p> <p>□ その他（ ）</p> |
| 聴力検査結果 | <p>オーディオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付するか、本書の右肩の裏側にホッチキスで留めてください。</p>  |

※ ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください。