

証 明 書

（豊島区高齢者補聴器購入費助成事業 問診兼医師意見書）

氏 名			
住 所	豊島区		
生年月日	大正・昭和	年	月 日（満 歳）

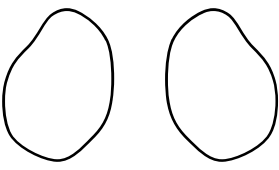
【問 診】医師の診断を受ける前に、ご自身の現在の状況についてお答えください。

A～Gの場面でのあなたの耳の聞こえ方についてあてはまるものに○を付けてください。

質 問 内 容	聞こえる ことが多い	半々くらい 聞こえる	聞こえない ことが多い
A 静かなところで、家族や友人と1対1で向かい合って会話する時、聞き取れない。	1	2	3
B 買い物やレストランで店の人と会話する時、聞き取れない。	1	2	3
C 後ろから呼びかけられたり、近づいてくる車の音が聞き取れない。	1	2	3
D 電子レンジでチンという音など聞き取れない。	1	2	3
E 4、5人の集まりで、会話が聞き取れない。	1	2	3
F テレビの音量が、周りの人と同じくらいでは聞き取れない。	1	2	3
G 人ごみの中で、会話が聞き取れない	1	2	3

医師の意見欄

1 聴覚障害の状況及び所見

（1）難聴の種類	（2）鼓膜の状況
伝音難聴 ・ 感音難聴 ・ 混合難聴	

2 補聴器の要否

上記の者は、補聴器の使用が（ 必要である ・ 不要である ）ことを認める。

※オーディオグラム検査の結果、4分法により両側中程度難聴（40dB以上70dB未満）を基準としています。40dB未満でも補聴器が必要と判断する場合理由を記載してください。

※補聴器を装用する耳に左右の指定がある場合は、左右の指定および理由を記載してください。

理由：

年 月 日 医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名



※オーディオグラムについては、裏面に添付ください。 発行センター名

電 話

【オーディオグラム貼付欄】