

証 明 書

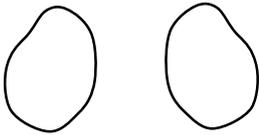
（豊島区高齢者補聴器購入費助成事業 問診兼医師意見書）

氏名		生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所	豊島区					

【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	
(1) 4分法による聴力レベル	(2) 装用耳
右耳 ( ) dB ・ 左耳 ( ) dB	右耳のみ ・ 左耳のみ ・ 両耳
(3) 装用耳が4分法で中程度難聴（40dB以上70dB未満）に当てはまらないが補聴器が必要と判断する場合は、理由を記載してください	
理由：	
上記の者は、補聴器の使用が必要であることを認める。	
年 月 日	医療機関名
	所在地
	医師氏名
	(印)

※オーディオグラムについては、裏面に添付ください。

※発行から3か月以内に提出してください。

**【オージオグラム貼付欄】**