第２号様式（第４条関係）

補聴器購入費等支給についての意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　　　名 |  | 年　　月　　日生 |
| 難聴の原因となった疾病名 | 　発生年月日　　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　最終診察日　　年　月　日 |
| 経過及び現症 | 注：補聴器を必要とする理由が明確となるよう記載してください。現在の聴力レベル　　　　右　　　ｄＢ　・　左　　　ｄＢ聴性脳幹反応等の他覚的聴力検査法の結果を添付してください。 |
| 必要とする補聴器の種類 |   （ ）型補聴器 |
|  ※　ここからは、両耳装用を必要とする場合のみ記入 |
| 両耳装用を必要とする場合 |  両耳装用を必要とする理由（片耳装用では、十分な効果が得られない理由） 両耳装用経験（　有（　年　月～　年　月）・　無　） 　　　（　自費　・　その他　） |
|  上記のとおり診断する。 　　　　年　　月　　日 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科 医　師　名  |

 ※　該当するものを○で囲み、必要事項をご記入ください。