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。