

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 d B ・ 左 d B 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。