

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 |
| 難聴の原因となつた疾病名 | | 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 | |
| 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 <div style="text-align: right;"> 医療機関名 診療担当科 医師名 </div> | | |

※ 該当するものを○で囲み、必要事項をご記入ください。