様式第２号（第４条関係）

補聴器購入意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 病名 | 　 |
| 障がいの状　　況 | 　 |
| 聴力 | 右　　　　　　dB | 左　　　　　　dB |
| 補聴器の要・否名称効果 | 補　聴　器　　　　右(要・否)　　　左(要・否)イヤモールド　　　右(要・否)　　　左(要・否)(補聴器の名称)(効果)(両耳に必要な場合・イヤモールドが必要な場合は，その理由) |
| その他 |  |
| 　上記のとおり診断する。　　　　　　年　　月　　日医療機関名医師氏名 |