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 | | | | | |