

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				