様式第２号

補聴器費支給意見書

大樹町

<table>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td><td>年齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>医学的所見等</td><td colspan="5">聴力レベル、鼓膜の状態等を記入すること。

１　聴力レベル　右　　ｄＢ
　　左　　ｄＢ

２　オージオメーターの形式

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３　鼓膜の状況

右＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　左＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>補聴器種別</td><td>高度難聴用</td><td>型　式</td><td colspan="3">１　ポケット型　　２　耳かけ型</td></tr>
<tr><td>付　属　品</td><td colspan="5">イヤモールド　（　要　・　不要　）</td></tr>
<tr><td>使用効果</td><td colspan="5">具体的に記入すること。</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり補聴器装用の必要を
認める。
認めない。
年　　月　　日
医療機関名
診　療　科
医　師　名　　㊞</td></tr>
</table>