

受診結果報告書

実施日 年 月 日

私は、新宿区の補聴器支給を希望していますので、ご高診の程よろしくお願
いいたします。

記

氏名		生 年 月 日	明 大 年 昭	年	月	日
----	--	------------------	------------------	---	---	---

(1) 病名

()

治療済 治療中

(2) 外耳道の状態

右 正常 分泌物

左 正常 分泌物

(3) 鼓膜の状態

右 正常 穿孔 耳漏

左 正常 穿孔 耳漏

(4) ペースメーカーの装着

有 無

(5) 聴力検査の実施 (聴力検査結果表を添付してください)

実施 未実施

(6) 補聴器の必要性の可否

可 否

(7) 補聴器装用の場合は右耳と左耳どちら側の方が効果的か

右 左

特記事項 (注意事項等があればご記入ください)

病院名・医師名 (ゴム印可)

聴力検査結果表

耳鼻科で受診した際の聴力検査のグラフ（オーディオグラム）を下記の枠に貼り付けのうえ、申請書及び受診結果報告書と一緒にご提出ください。

