

# 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願  
いいたします。

## 記

氏名		生	大	年	月	日
		年				
		月	昭			
		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) 補聴器の必要性の有無

有  無

(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。  
なお、語音聴力検査を行った場合は、下記の枠に貼り付けてください。  
（語音聴力検査は必須ではありません。）