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	大 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　　☐どちらでも可

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）