

受診結果報告書

実施日 年 月 日

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

記

氏名		生	大	年	月	日
		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、左耳又は両耳のどれが効果的か

右 左 両耳

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)