

補聴器適合（補聴効果）確認証明書

患者記入欄	診察券番号 (カルテ番号)		生年 月 日	(西暦) 年 月 日 (歳)
	フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
	患者現住所			
	電話番号	(固定) (携帯)		

担当医記入欄	1. 診断結果（下記にチェック） ☐ 上記患者について、加齢性難聴であると認めた（診断医により認められた）。 2. 補聴器の適合、効果（下記のいずれかにチェック） ☐ 上記患者について、補聴器が適合もしくは適合に近い状態であることを確認した。 ☐ 上記患者について、補聴器の装用効果があることを確認した。 以下、担当医コメント（任意記載）
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 電話 補聴器相談医 補聴器適合検査施設担当医 氏名 印