

（宛先）天童市長

（補助対象者） 住所
氏名

受診結果報告書

このことについて、以下のとおり報告します（※耳鼻咽喉科の医師又は補聴器相談医において記入）。

受診年月日	年 月 日
聴力（4分法）	（右： d B） （左： d B）
耳科に関する医学情報	<input type="checkbox"/> 感音性難聴 <input type="checkbox"/> 混合性難聴 <input type="checkbox"/> 伝音性難聴 <input type="checkbox"/> 術後耳
言語明瞭度※任意	（右： %） （左： %）
その他の所見	
補聴器の必要性	<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳のみ <input type="checkbox"/> 左耳のみ） <input type="checkbox"/> 不要 その理由：
本人の補聴器装用希望や意欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その理由：
その他	
医療機関・医師名	

添付資料（任意）：聴力検査表（オーディオグラム）