

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成制度事業における  
補聴援助システム意見書

〇〇年〇〇月〇〇日

□□ □□様 (△△. △△. △△生まれ)

《当院受診までの経過》

《聴力検査方法/結果》

※表にさせていただくことがほとんどです。

- ・騒音なし/騒音●●dBの場合/提示音■●dBの場合
- ・裸耳/補聴器/ロジャーあり/ロジャーなしの場合  
(比較のため複数の大きさを ご記載ください)
- ・××式語表

《考察/分析》

《総合評価》

◇◇病院 ◇◇科 医師◇◇  
言語聴覚士◇◇