

横須賀市高齢難聴者補聴器購入助成事業

補聴器適合（補聴効果）確認証明書

患者記入欄	カルテ番号 (診察券番号)		生年 月日	年 月 日 (満 歳)	
	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	患者氏名				
	患者現住所				
	患者連絡先	(自宅) (携帯)			
担当医記入欄	(下記のいずれかにチェック)				
	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input type="checkbox"/> 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）				
	上記の通り証明します。 年 月 日				
所在地					
医療機関名					
電話					
補聴器相談医氏名					