

第2号様式（第5条関係）

補聴器適合確認証明書

患者記入欄	カルテ番号 (診察券番号)			
	フリガナ			
	患者氏名		性別	男 ・ 女
	患者現住所	綾瀬市		
	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)			
	☐ 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。 年 月 日			
	所在地	_____		
医療機関名	_____			
電話	_____			
補聴器相談医氏名	_____ 			