**令和　　年　　月　　日**

**補聴器適合の依頼書**

**認定補聴器専門店　　　　　　　　　　　御中**

**認定補聴器技能者　　　　　　　　　　　　殿**

**記入医師名：**

**施設名：**

**この依頼書に基づいて適切な補聴器の試聴と適合調整をお願いします。**

**患者氏名： 年齢：　　　　　　 性別：　男　・　女**

1. **鼓膜および外耳道の異常：**

**なし　・　あり**

1. **純音聴力検査結果：　複写を添付**

（語音聴力検査を実施した場合にも、結果を追加添付）

1. **特記すべき意見（タイプや試聴に関する希望など）：**

**なし　・　あり**

以上

* 補聴器の試聴、適合調整について当施設にご返事をお願いします。