

第24回『耳の日』補聴器無料相談紹介返答用紙

以下の項目に○印を入れて頂き、医療機関名及び受診者名を記載下さい。
(受診者名の下の受診希望時間及び補聴器使用体験有無にも○印をご記入下さい。)

受診者を紹介します。

医療機関名： _____

住 所： _____

医院長名 _____

受診者名	性別	年齢	歳
(受診希望時間：9時30分・10時・10時30分・11時頃)		補聴器使用：有・無)	

受診者名	性別	年齢	歳
(受診希望時間：9時30分・10時・10時30分・11時頃)		補聴器使用：有・無)	

- ☆ 受診者に貴医療機関で
- 1) 標準純音聴力検査は実施
 - 2) 標準純音聴力検査+語音聴力検査を実施

恐れ入りますが、上記の項目にもお答え下さい。
希望の時間帯に添いかねる場合もありますが、ご了承下さい。