

意見書（人工内耳用外部装置）

下記の①～④について記入してください。

年 月 日生 男・女

① 患者氏名

② 患者住所

③ 疾患名

④ 症状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）
必要に応じて当てはまる□にチェックし、具体的な内容を記入してください。

人工内耳を両耳装用している

購入する人工内耳用外部装置が医療保険の適用を受けるものでない

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

印