

人工内耳体外機給付意見書

| | | | |
|---|----------------|--------|-------------|
| ふりがな 氏 名 | | 男 女 | 年 月 日生 (歳) |
| 住 所 | | | |
| 病 名 | | | |
| 障害の状況 | | | |
| 現に装用している体外機 | 会社名 | 機種名 | |
| 現に装用している体外機の 初回装用年月日 | 年 月 日 | | |
| 人工内耳体外機の更新に対 する医療保険又は動産保険 適用の可否 | 1 可 | 2 否 | |
| 人工内耳体外機を更新する 場合の効果 | (具体的に記入してください) | | |
| 更新後の体外機 (予定) | 会社名 | 機種名 | |
| | 防沫機能又は防水機能 | | |
| | 1 有 | 2 無 | |
| <p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p>作成医師氏名 印</p> | | | |