

# オーディオグラム整理カード (No. )

氏名	フリガナ	男・女
	様	

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳

電話 ( ) - \_\_\_\_\_

## 質問事項

①耳鼻科の専門医に診ていただきましたか？

はい(病院名 )・いいえ

紹介状: あり・なし

⑥補聴器の使用経験は？

ある( 年ほど前から 台目)・ない

両耳・右耳・左耳・交互に使用

②現在耳を治療中ですか？

はい(病名 )・いいえ

⑦補聴器(当店)を何で知りましたか？

新聞・チラシ・テレビ・ホームページ・インターネット

医師・知人・福祉事務所・学校・当店

以前から知っていた・その他( )

③耳の状態を教えてください

耳漏・耳鳴り・アレルギー・手術したことがある

正常・その他( )

⑧お求めの動機は？

初めての方: ご自分から・勧められて (家族・医師・知人・その他)

使用中の方: お持ちの補聴器が不満・使い分け・紛失

修理不能・新製品の発売・その他( )

④聞こえの不自由を感じたのはいつ頃ですか？

( )年前 右耳・左耳・両耳

⑨本日はどなたといらっしゃいましたか？

一人・家族( )・知人( )

⑤どんな時にお困りですか？

会話・会議・講演会・テレビ・レストラン・電話

その他( )

⑩同居中のご家族はいらっしゃいますか？

夫・妻・息子・娘・嫁・孫・その他( 人家族)

1つでも該当する場合は、耳鼻咽喉科医師にご相談ください。(禁忌8項目)

耳の手術を受けたことがある。

外耳道に痛みまたは、かゆみがある。

最近3ヶ月以内に耳漏があった。

耳あかが多くたまっている。

最近2ヶ月以内に聴力が低下した。

聴力測定の結果、平均聴力の左右差が25dB以上ある。

最近1ヶ月以内に急に耳鳴りが大きくなった。

聴力測定の結果、500、1000、2000Hzの聴力に20dB以上の気骨導差がある。

	購入 年月日	保証 年月日	器種名	器種No	VOL	レシーバー 種類	チューブ レシーバー長さ	耳栓	PR	担当
右	年 月 日	年 月 日			有 無					
左	年 月 日	年 月 日			有 無					

## 相談内容及び特記事項

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

測定日 年 月 日

測定者

氏名	フリガナ
	様

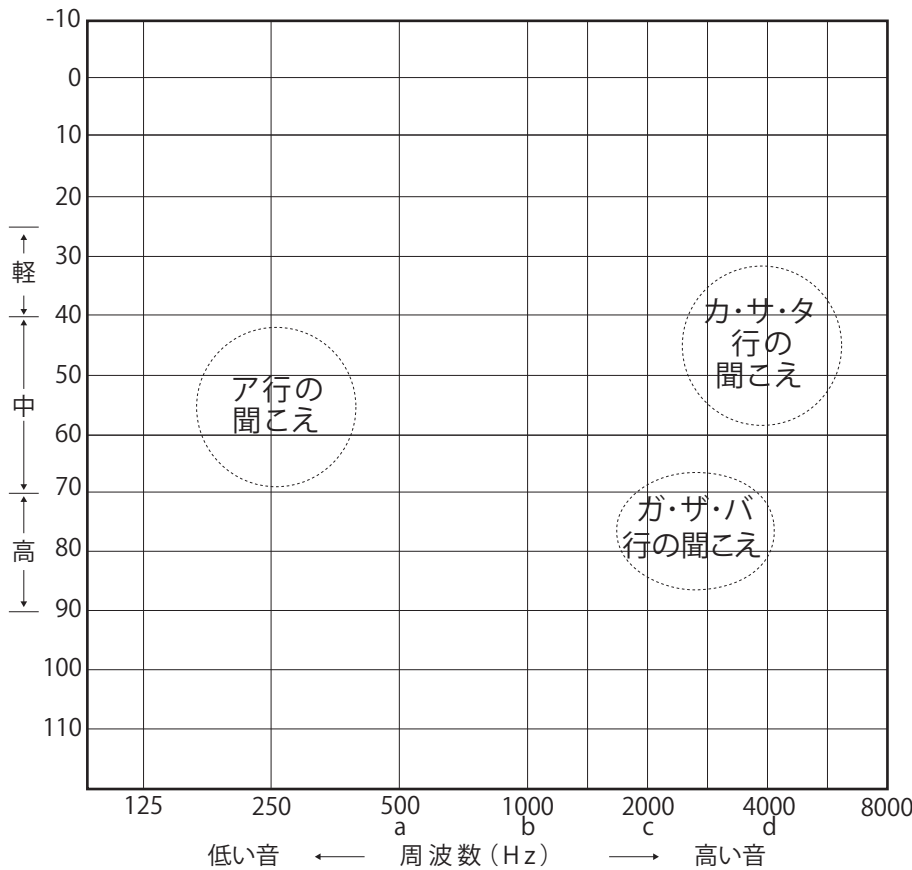
(No. )

身障手帳: 有( 級)・無

紹介者

平均聴カレベル	
① $\frac{a+2b+c}{4}$	② $\frac{a+b+c+d}{4}$
右 ①	② dB
左 ①	② dB

聴カレベル (dB)



- ① - ○ - ○ - 右気導
- ② - × - × - 左気導
- ③ □ 右骨導
- ④ □ 左骨導
- ⑤ ^ 右不快域値
- ⑥ v 左不快域値
- ⑦ ↓ 測定不能

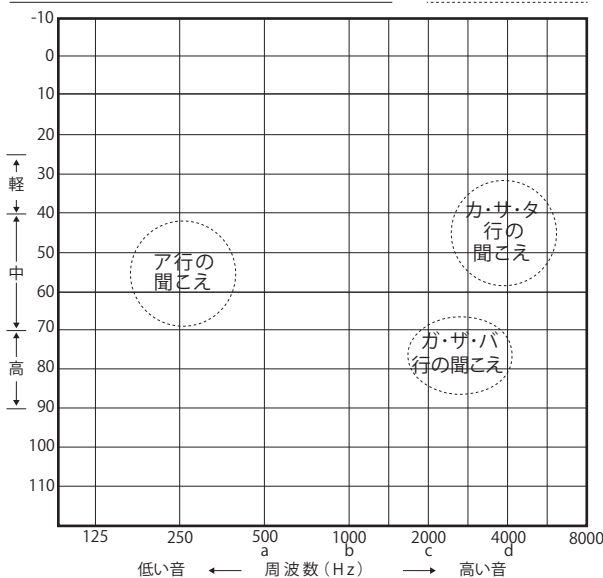
ことばの聞き取りの状況

語音明瞭度	
R(右) L(左)	
裸耳	% %
装用耳	% %

- |                               |                                |                               |                               |                              |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> からす  | <input type="checkbox"/> りんご   | <input type="checkbox"/> ひこうき | <input type="checkbox"/> めがね  | <input type="checkbox"/> ポスト |
| <input type="checkbox"/> さかな  | <input type="checkbox"/> じどうしゃ | <input type="checkbox"/> うさぎ  | <input type="checkbox"/> えんぴつ | <input type="checkbox"/> とけい |
| <input type="checkbox"/> はさみ  | <input type="checkbox"/> つくえ   | <input type="checkbox"/> ねずみ  | <input type="checkbox"/> バナナ  | <input type="checkbox"/> ぼうし |
| <input type="checkbox"/> ライオン | <input type="checkbox"/> ピアノ   | <input type="checkbox"/> でんわ  | <input type="checkbox"/> すずめ  | <input type="checkbox"/> テレビ |

	ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス	ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
右																				
左																				
	キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ	ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
右																				
左																				

再測定年月日 年 月 日 測定者



フィッティング記録及びフォロー内容

年月日

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---