

オーディオグラム整理カード(No.)

氏名	フリガナ	様	男・女

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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 耳の手術を受けたことがある。 | <input type="checkbox"/> 外耳道に痛みまたは、かゆみがある。 |
| <input type="checkbox"/> 最近3ヶ月以内に耳漏があった。 | <input type="checkbox"/> 耳あかが多くたまっている。 |
| <input type="checkbox"/> 最近2ヶ月以内に聴力が低下した。 | <input type="checkbox"/> 聴力測定の結果、平均聴力の左右差が25dB以上ある。 |
| <input type="checkbox"/> 最近1ヶ月以内に急に耳鳴りか大きくなった。 | <input type="checkbox"/> 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

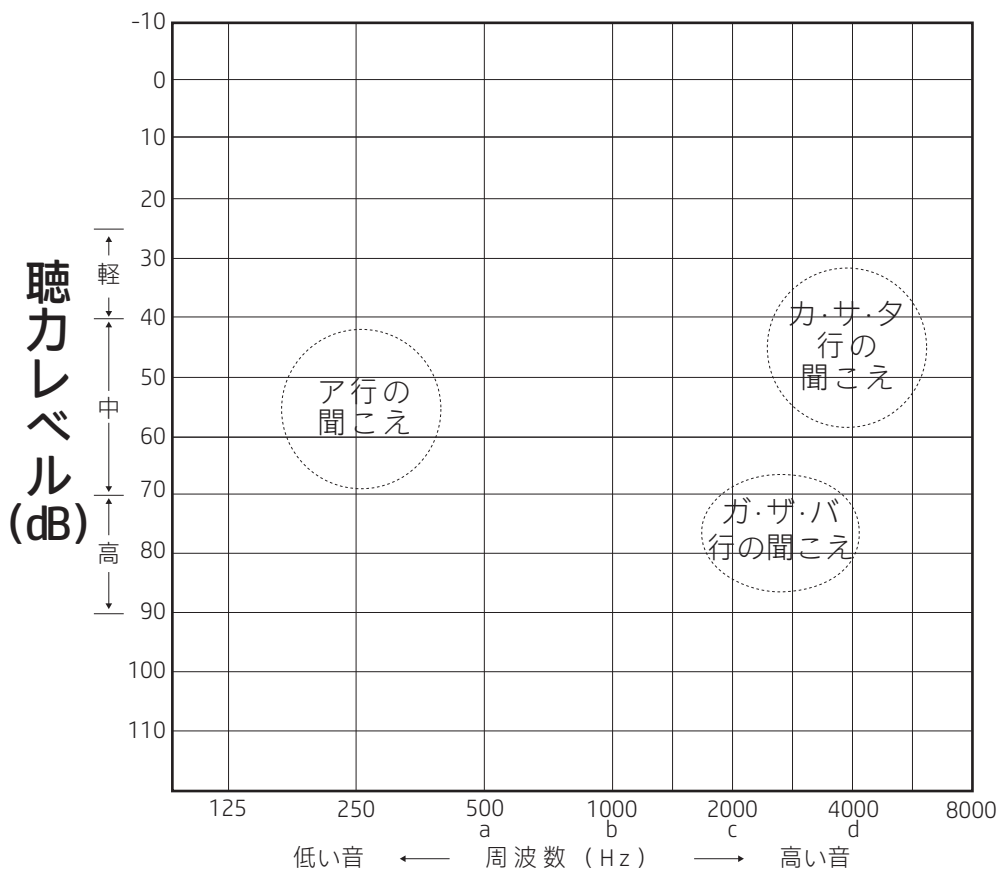
(No.)

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

- ① - ○ - ○ - 右気導
- ② - x - x - 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



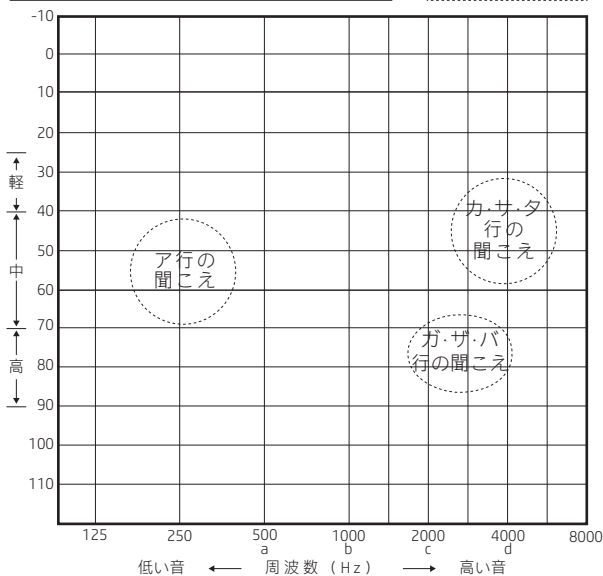
ことばの聞き取りの状況

語音明瞭度		
	R(右)	L(左)
裸眼	%	%
装用耳	%	%

- からす りんご ひこうき めがね ポスト
- さかな じどうしゃ うさぎ えんぴつ とけい
- はさみ つくえ ねずみ バナナ ぼうし
- ライオン ピアノ でんわ すずめ 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
