

令和 年 月 日 市町村名

担当者名

氏 名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
取扱業者			
補聴器名称	ア 高度難聴用ポケット型 イ 高度難聴用耳かけ型 ウ 重度難聴用ポケット型 エ 重度難聴用耳かけ型		
装用耳	ア 右 イ 左 ウ 両耳		
聞こえ具合	ア ほとんど聞き誤りがない イ 時々聞き誤りがある ウ 聞き誤りが多い エ ほとんど聞き取れない ※1～2 m位の距離から話しかけたときの反応		
ハウリングの有無 (ピーピーなること)	ア 常に有 イ 時々有 ウ 無 ※補聴器装着状態で耳の横5 cmあたりに手をかざしてハウリング(補聴器の音が漏れてピーピーなる現象)の有無を確認 ※有の場合、どのような時になるか以下に理由を記載 (*1) (有の理由: _____)		
装着部位の痛み	ア 有 イ 無 ※痛みの部位はどこか以下に記載 (*1) (痛みの部位: _____)		
装着・操作能力	装着・・・ ア 可 イ 概ね可 ウ 不可 操作・・・ ア 可 イ 概ね可 ウ 不可 ※実際にその場で装着やボリューム・スイッチの操作をしてもらってください。		
常用しているか	ア 常に装用している イ 常には装用していない ※常用していない場合、以下に理由を記載 (理由: _____)		
満 足 度	ア 非常に満足 イ ほぼ満足 ウ やや不満 エ 非常に不満 ※やや不満・非常に不満の場合、以下に理由を記載 [理由: _____]		
備 考	*1 場合によっては再適合となるので、当センターへ相談をお願いします。 -----		