

補聴器適合に関する診療情報提供書

年 月 日

認定補聴器専門店 _____ 様

認定補聴器技能者 _____ 様

医療機関 _____

補聴器相談医 _____

住所 _____

電話 _____

下記の患者さんは補聴器の 新規適合、 更新、 使用機種の変更、 装用耳変更、 両耳装用への変更、 修理が必要と考えられます。つきましては、機種選択・調整等を適切に行い、結果を「補聴器適合に関する報告書」に記入して当院に報告して下さるようお願いします。また、補聴効果を確認するため、ご本人が再度来院されるようにお勧めください。

ふりがな

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 男 女 職種 _____

必要な項目に記載してください。再調整・修理の場合は2.7.のみで可です。

1. 耳科に関する医学情報

診断名 感音難聴 (右耳 左耳) 混合性難聴 (右耳 左耳)

伝音難聴 (右耳 左耳) 術後耳 (右耳 左耳)

鼓膜所見 (異常なし 異常あり)

鼓膜穿孔 (右耳 左耳 なし) 年1回以上の耳漏 (右耳 左耳 なし)

鼓膜の位置が浅い (右耳 左耳 なし) 鼓膜が薄く弱い (右耳 左耳 なし)

外耳道所見 (異常なし 異常あり)

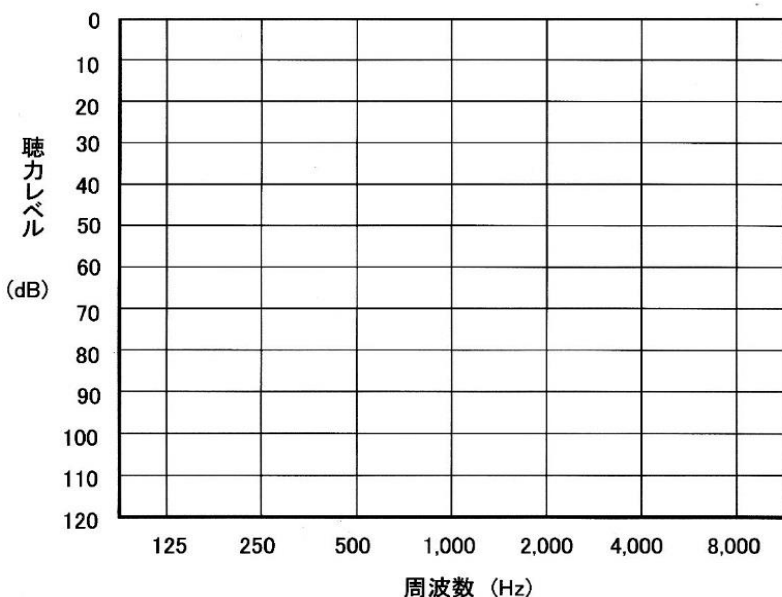
後壁の欠損 (右耳 左耳 なし) 著しく狭い (右耳 左耳 なし)

過度に曲がる (右耳 左耳 なし) 湿疹・疼痛 (右耳 左耳 なし)

特記事項(その他の所見および耳型採取、機種選択で注意すべき事項があれば記入)

.....
.....
.....

2. 純音聴力に関する情報



純音聴力に関する特記事項(機種選択、調整、装用耳などで考慮すべきことがあれば記入)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

以下の事項については、可能な範囲で記載してください。

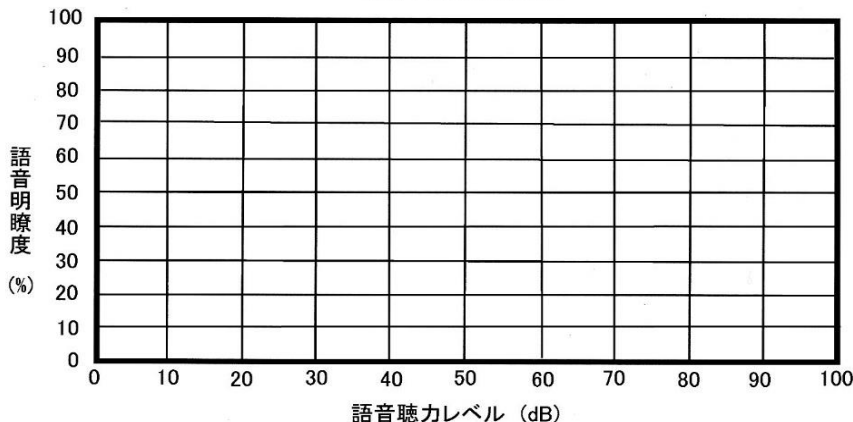
3. ことばの聞き取りに関する情報

最高(最良)語音明瞭度

右耳 _____ % _____ dB
左耳 _____ % _____ dB

最高語音明瞭度の簡易測定法は補聴器適合検査の指針(2010)では、57-S語表を用い、語音の検査音圧は平均聴力レベル上30dBとするが、重度難聴では可能なレベルとすると規定されている。

語音明瞭度曲線



最高(最良)語音明瞭度または語音明瞭度曲線は測定結果があれば記入してください。
測定していない場合は以下の中で該当項目をチェックしてください。

ことばの聞き取り状況(補聴器非装用時)

- | | |
|----------------|--|
| 静かな室内で1m離れた会話 | <input type="checkbox"/> 普通の大きさの声による対面会話は理解可能 |
| | <input type="checkbox"/> 少し大きな声でゆっくり話せば理解可能 |
| | <input type="checkbox"/> 大きな声でゆっくり話せば理解可能 |
| 耳元で大声での会話 | <input type="checkbox"/> 理解困難 <input type="checkbox"/> 理解可能 |
| 大きな騒音のない屋外での会話 | <input type="checkbox"/> 普通の大きさの声による対面会話が理解可能 |
| | <input type="checkbox"/> 大きな声でゆっくり話せば対面会話が理解可能 |
| 騒音下での会話の弁別 | <input type="checkbox"/> 極端に悪くなる <input type="checkbox"/> 少し悪くなる |

4. 装用耳に関する情報

- 適合耳 両耳 片耳 (右耳 左耳 どちらでも可) 両耳・片耳いずれでも可
 試聴後本人の希望を聞いて決める
- 補聴器の形態 医師の推奨 (耳あな型 耳かけ型 ポケット型 なし)
 本人の希望にあわせる
- 特記事項(とくに重要な指導事項などがあれば記入)

5. 難聴・補聴器に関する情報

- 本人の補聴器装用希望や意欲 (あり はっきりしない 消極的 なし) 試聴希望あり
 難聴を家族や他の人に指摘された 家族や他の人に補聴器装用を奨められた

[特記事項]

- ・補聴器を必要とする主な場面 (医師等による診療や治療を受けるために直接必要)

・補聴器への期待や不安

・価格の希望、使用目的などを含め、とくに重要な指導事項や注意などがあれば記入

