

日本耳鼻咽喉科学会認定補聴器相談医 による補聴器処方箋

補聴器店名 _____ 御中

医療機関名 _____ 相談医登録番号 _____ 相談医氏名 _____ ㊞

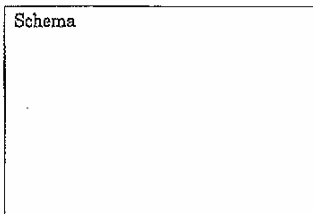
患者氏名 _____ 男・女 生年月日 $\begin{matrix} M \\ S \\ H \end{matrix}$ 年 月 日

身体障害者手帳 あり (級) 申請中 対象外

上記の患者さんに補聴器をお勧めしました
よろしく願い致します。

・耳鏡所見

Schema

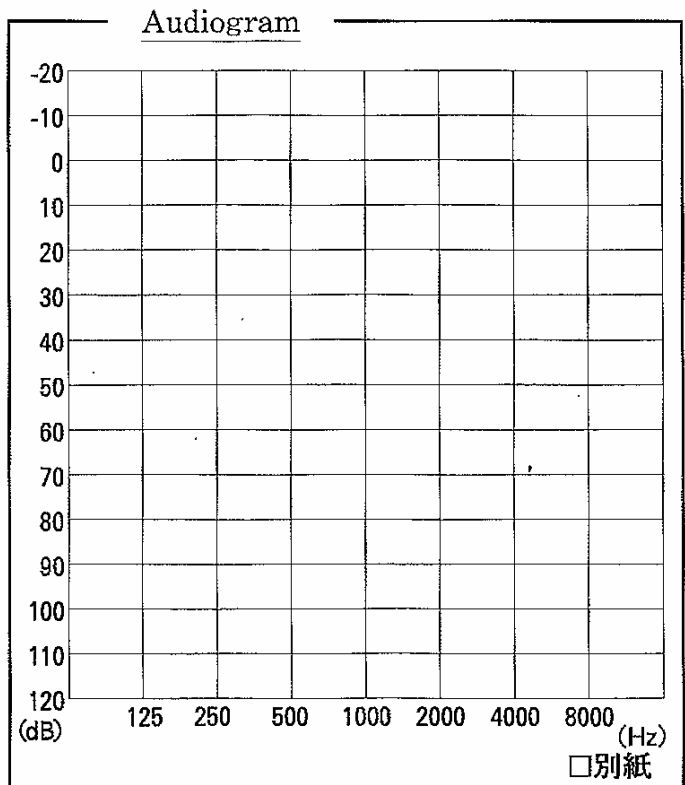


鼓膜穿孔 なし あり
耳漏 なし あり
()

外耳道狭小 なし あり
手術歴 なし あり ()
その他 ()

- ・めまい なし あり
- ・耳鳴り なし あり ()
- ・音響過敏 なし あり
- ・聴力変動 なし あり
- ・並行して治療中の疾患名 ()
- ・相談医コメント

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



	右	左
平均聴力レベル		
語音弁別能		

推薦される補聴器

挿耳型 耳掛け型 箱型

機 種 _____

メーカー _____

その他患者さんのご希望など ()

認定相談医

先生 年 月 日

患者さんのご氏名

年齢 歳

住所

電話番号

上記の患者さんは補聴器の適合および処方が終わりましたので御高診ならびに今後の聴覚管理をよろしくお願い致します。

○ご相談結果

- ・補聴器 ご購入 ご試聴
調整 修理 点検
- ・その他 ()

○コメント

適合した補聴器

- 挿入型 耳掛け型 箱型

機種

メーカー

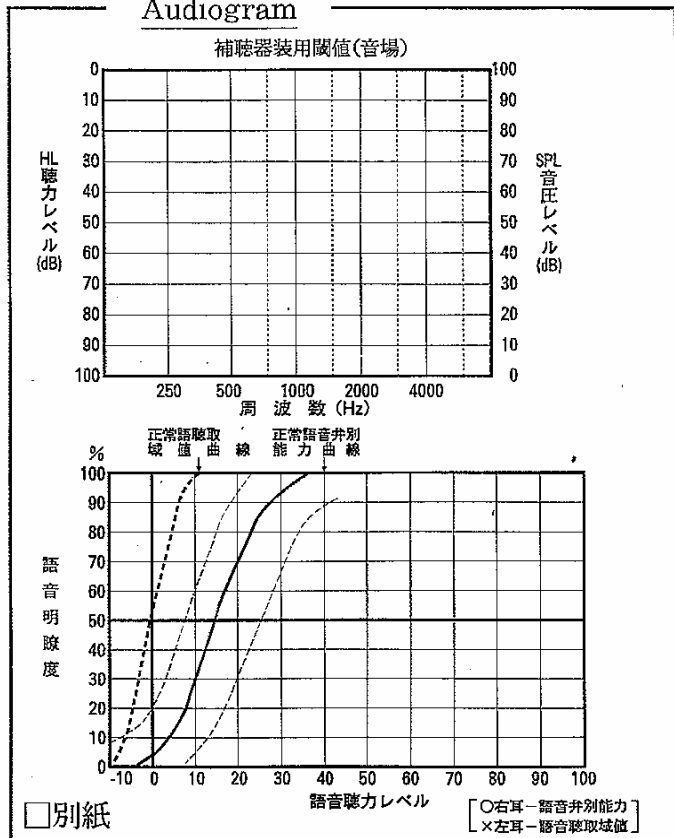
適切なボリューム

適合状態

60dBの出力

90dBの出力

Audiogram



補聴器により改善された点

-
-
-

補聴器技能者名

(認定 あり なし)

補聴器店名

(認定 あり なし)

制作：日本耳鼻咽喉科学会長崎県地方部会福祉医療委員会・補聴器キーパーソン

協力：日本補聴器販売店協会九州沖縄支部長崎県部会

2006

枠で切り離すとB5サイズになります