

補聴器適合に関する診療情報提供書(2018)

西暦 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いたします。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。

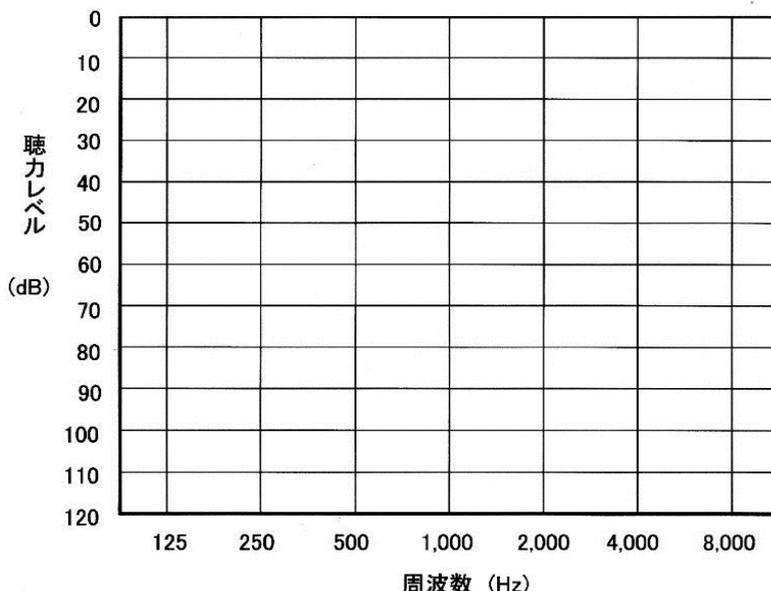
1. 耳科に関する医学情報

- 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)

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

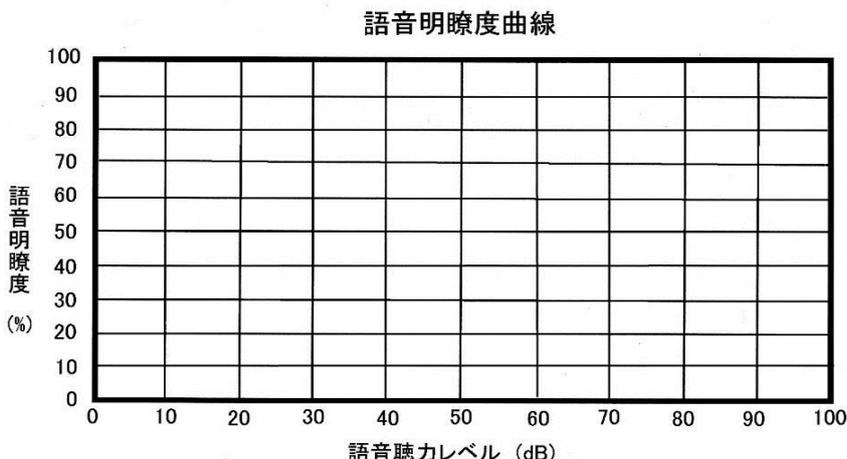
以下の事項については、可能な範囲で記載してください。

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。



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離れての会話 | <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

※ 医師等による診療や治療を受けるために直接必要な補聴器である場合、当該補聴器の購入費用については、医療費控除の対象となります。医師等による診療や治療を受けるために直接必要な補聴器である場合は、当該補聴器を必要とする主な場面とともに、使用目的を具体的に記入してください。

6. 補聴器の選択・調整に当たって特に留意すること(過去3ヵ月以内の聴力低下、聴力変動、耳鳴、めまいなどがあれば対応法について記入)

使用している補聴器の再適合・再調整・修理などが必要な場合に記載する事項

7. 現在使用中補聴器の問題点(再調整または修理・点検依頼項目)

(聴力が変化している場合はオーディオグラムに最新の聴力を記載すること)

(1) 補聴器再調整が必要な理由

- 聴力が変化した (悪くなった よくなった) 聴力の変化なし
- 語音明瞭度が悪化した
- 装用していても会話が聞き取りにくくなった
- 音が小さくなった
- 音質が悪くなった (具体的に: _____)
- 雑音がうるさくなった
- 響くようになった
- 頻繁にハウリングする
- 補聴器適合検査結果不良 _____
- その他: _____
- 使用時に具体的に困ること _____
- 補聴器の不具合を感じる主要な場面 _____

(2) 修理が必要な理由

- 電池交換しても音が出ない 音が出たり出なかつたりする
- スイッチを入れると雑音がする 音が小さくなった
- ハウリングが止まらない ボリウムが働かない
- 挿入すると耳が痛い イヤモールド、シェルの不具合
- その他: _____
- 破損した: _____

(3) 修理後の再調整

- 修理後は元の調整にする 修理後あらたに再調整必要
- その他: _____

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、修理のすべてについて

8. その他の情報(機種選択、補聴器の機能、調整の方針、および、選択・調整において必要な要望があれば記入)

補聴器適合に関する報告書 (右耳用 左耳用)

報告書は補聴器1台につき1枚を使用し、新規購入の場合は5以外すべての欄を記入すること
再調整および修理の報告の場合は4、5、7および関連事項を記入すればよい

西暦 年 月 日

_____先生

認定補聴器専門店 _____

認定補聴器技能者 _____

住所 電話 _____

ご紹介いただきましたお客様に補聴器の適合を下記のように実施いたしました。調整後(使用時)の特性図を添付してご報告をいたします。

ふりがな

氏名 _____様 年齢 _____歳 男 女

1. 適合した耳 右耳 左耳 両耳装用
その理由 医師の指示 試聴結果 本人希望 家族希望
 その他 _____

2. 選定した補聴器

メーカー名 _____ 機種(モデル名) _____

メーカー希望小売価格 _____円

耳あな型 耳かけ型 ポケット型 骨導式 その他 _____

当該機種の最大出力 _____dB SPL (カタログの表示値)

最大音響利得 _____dB (カタログの表示値)

使用している機能

ボリューム 雑音抑制 指向性 ハウリング抑制 オープンイヤタイプ

Tコイル ブルートゥース FM等無線送受信装置 リモコン

その他の機能 _____

使用しているプログラム(メモリ)数 1 2 3 4

各プログラムの設定内容

プログラム1 _____

プログラム2 _____

プログラム3 _____

プログラム4 _____

選定・販売した補聴器の特徴や機能についての説明(特になければ記入不要)

3. 試聴期間 あり (_____ 週間) なし

4. 装用効果の印象 (両耳装用 右耳装用 左耳装用)

再調整では調整前後でどのように変わったかを記載する。

本人の印象

家族の印象

技能者の印象

5. 再調整または修理についての報告事項(新規購入では記入不要)

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

6. 新規購入についての報告事項(再調整または修理では記入不要)

調整に関する補聴器技能者のコメント

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

7. 2cm³カプラで測定した特性図を添付すること。

使用時の調整で雑音抑制装置解除または最小の状態での50または60 dBSPL入力から80または90 dBSPL入力まで10 dBごとの出力レベルを測定記録すること。

なお、オープンタイプでは、調整結果のわかるパソコン画面をプリントしたものを添付すること。