

# 人工内耳報告書

データ報告に当たり患者から同意を取得している  YES  NO

## 患者背景

1) 手術時年齢 (年齢は数値を記載。性別は番号を選択。)

( ) 歳 ( ) カ月 性別 (1:男性 2:女性)

2) 難聴の種類・失聴年齢 (難聴の種類は番号を選択。失聴年齢は数値を記載)

	難聴の種類	失聴年齢 (7歳未満は月齢も記載のこと)
左耳	1:先天性 2:後天性	( ) 歳 ( ) カ月
右耳	1:先天性 2:後天性	( ) 歳 ( ) カ月

3) 難聴原因 (大項目および小項目から番号を選択記載。複数回答可。)

	原因1		原因2		原因3	
	大項目	小項目	大項目	小項目	大項目	小項目
左耳						
右耳						

注) 「1:遺伝性難聴」を選択回答する場合は、貴施設において遺伝情報収集の倫理審査を受けていることが必要です。

大項目	小項目
1:遺伝性難聴	
2:感染症	1:CMV (サイトメガロ) 2:CRS (風疹) 3:ムンプス 4:髄膜炎 99:その他
3:内耳形態異常	1:Incomplete partition type I 2:Incomplete partition type II 3:Incomplete partition type III 4:Common cavity 5:Cochlear hypoplasia type I 6:Cochlear hypoplasia Type II、7:Cochlear hypoplasia type III 8:内耳道狭窄 9:前庭水管拡大 99:その他
4:後天性疾患	1:突発性難聴 2:Meniere病 3:耳硬化症 5:外リンパ瘻 6:聴神経腫瘍 7:外傷 8:特発性難聴 9:新生児期黄疸 10:新生児期人工呼吸障害 99:その他
99:その他	1:Auditory Neuropathy 99:その他 (原因不明)

## 難聴の程度

1) 聴力検査 (数値を記載。Scale Outの場合は数値の横に「↓」を記載すること。)

	125Hz	250Hz	500Hz	1kHz	2kHz	4kHz	8kHz
左気導							
左骨導							
右気導							
右骨導							
自由音場							
左補聴器							
右補聴器							
両補聴器							

注) 人工内耳適応基準を大きく逸脱している症例は保険適応外であることを認識ください。

2) ABR/ASSR (数値を記載。無反応の場合は「NR」と記載のこと。)

左 ABR	右 ABR	左 ASSR (3 周波数平均)	右 ASSR (3 周波数平均)
( ) dBnHL	( ) dBnHL	( ) dBnHL	( ) dBnHL

3) 会話の状態 (番号を選択。)

a) 裸耳:

1 : 読話なしで会話可能 2 : 読話併用で会話可能 3 : 音検知のみ 4 : 音検知不可

b) 補聴器装用下:

1 : 読話なしで会話可能 2 : 読話併用で会話可能 3 : 音検知のみ 4 : 音検知不可

4) その他 (番号を選択。)

a) 術前の言語訓練 (小児例のみ。番号を選択):

1 : 聴覚口話 2 : Total communication 3 : その他 4 : 訓練は行っていない

b) 読唇の程度 (番号を選択):

1. 全くできない 2. ある程度できる (読唇のみでは会話が成立しない)  
3. よくできる (読唇だけで会話が成立)

### 人工内耳手術関連情報

1) 手術時期 (数値を記載。)

(20 ) 年 ( ) 月

2) 使用機種名 (大項目および小項目から番号を選択。)

大項目	小項目
1 : コクレア社	1 1 : CI24RE ST 1 2 : CI 512 1 3 : CI 522 9 9 : その他
2 : メドエル社	1 1 : CONCERTO FLEX SOFT 1 2 : CONCERTO FLEX 24 1 3 : CONCERTO FLEX 28 1 4 : CONCERTO スタンダード 1 5 : CONCERTO ミディアム 1 6 : CONCERTO コンプレスト 9 9 : その他
3 : アドバンスト バイオニックス社	1 1 : HiRes90k Advantage MS 1 2 : HiRes90k Advantage 1 J 9 9 : その他
9 9 : その他	

3) 装用耳: (番号を選択。)

1 : 左 2 : 右 3 : 両側同時

4) 過去の人工内耳埋め込み術手術回数 (今回を含まず。数値を記載)

左 ( ) 回 右 ( ) 回

病院名

報告者氏名

年 月 日