

【資料3 (参考) フィッティング記録に記入する基本項目】

このお客様フィッティング記録カードはフィッティングケース記録の基本項目の記載例として、提示しています。ご使用される場合には一般社団法人 日本補聴器販売店協会へお求めください。

(1項目)

お客様フィッティング記録カード				No. _____	
初来店日 平成 年 月 日			担当者		
フリガナ	性別	生年月日	年齢		
お名前	男 女	MTSH 年 月 日生	歳		
住所 〒	TEL	FAX			
その他連絡先	TEL	FAX			
職業	身障手帳: 無 有 級				
e-mail					

(法)は法的必須項目・(協)は販売店協会必須項目・(認)は自主的項目(認定補聴器専門店必須項目)

**補聴器を販売する前に、お客様に次の点をご了承・ご確認ください。** ※確認した事項には☑を入れる

耳鼻科の専門医に診ていただきましたか?  
 いいえ はい → (病院名 \_\_\_\_\_ 紹介医師 \_\_\_\_\_ 診断名 \_\_\_\_\_)  
 紹介状は→ なし あり (特記事項 \_\_\_\_\_)

DMの送付(可・不可)(法)     個人情報取扱のご了承(法)  
 特定商取引に関する法律に基づくクーリング・オフのご了承(法)

どれかに該当する場合には、耳鼻咽喉科医師に相談するようご指導ください。(禁忌8項目)(協)

耳の手術などによる耳の変形や傷がないか。     急性または慢性のめまいがないか。  
 中耳炎などで過去90日以内に生じた耳漏がないか。     外耳道に湿疹、痛みまたは不快感がないか。  
 過去90日以内に生じた突発性または進行性の聴力低下がないか。     耳あかが多くないか。  
 過去90日以内に生じた片耳の聴力低下がないか。     500、1000、2000Hzに20dB以上の気骨導差がないか。

**質問事項(協)**

① 耳は現在治療中ですか?  
 いいえ はい (病名 \_\_\_\_\_)

② 耳の状態をお知らせください  
 耳漏、アレルギー、手術したことあり  
 正常、その他( \_\_\_\_\_ )

③ 耳鳴りがあるか  
 ない ある( \_\_\_\_\_ 頃から)

④ 聞こえに不自由を感じたのはいつ頃ですか?  
 ( \_\_\_\_\_ )年前頃 右耳 左耳 両耳

⑤ 難聴の原因は何ですか?  
 年齢とともに 中耳炎 騒音性 突発性  
 強大声 その他( \_\_\_\_\_ )

⑥ どんな時にお困りですか?  
 会話 会議 講演会 テレビ ラジオ 電話  
 その他( \_\_\_\_\_ )

⑦ 補聴器に期待すること希望すること  
 ( \_\_\_\_\_ )

⑧ 補聴器の使用経験は?  
 ない ある → ( \_\_\_\_\_ 年ほど前から \_\_\_\_\_ 台目)  
 両耳 右耳 左耳 交互 に使用

⑨ 何で補聴器(当店)を知りましたか?  
 広告(新聞・TV・チラシ)をみて、インターネットで、  
 福祉事務所で、学校で、当店で、以前から知っていた、  
 知人から(紹介者名 \_\_\_\_\_)

⑩ お求めの動機は?  
 初めの方→ご自分から 勧められて (家族・医師・知人・その他)  
 使用中の方→現在の不満 使い分け 紛失  
 修理不能 新製品ができたから その他( \_\_\_\_\_ )

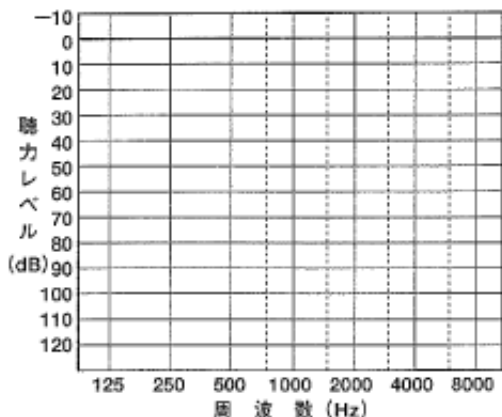
⑪ 当店はお一人でいらっしゃいましたか?  
 一人で 家族と→( \_\_\_\_\_ ) 知人と→( \_\_\_\_\_ )

⑫ 同居のご家族は?  
 夫 妻 息子 娘 孫 その他( \_\_\_\_\_ 人家族)

⑬ その他確認事項  
 ( \_\_\_\_\_ )

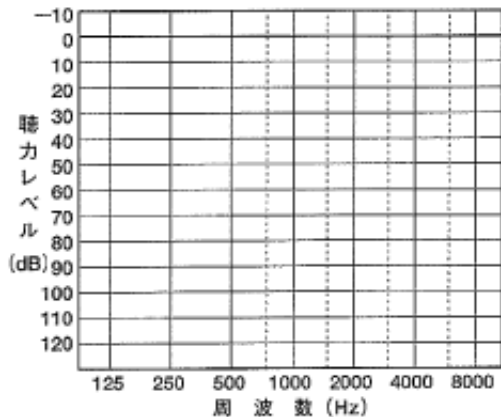
(2項目)

■オーディオグラム(協) 測定 年 月 日 担当



マスキング：有 無 ( )

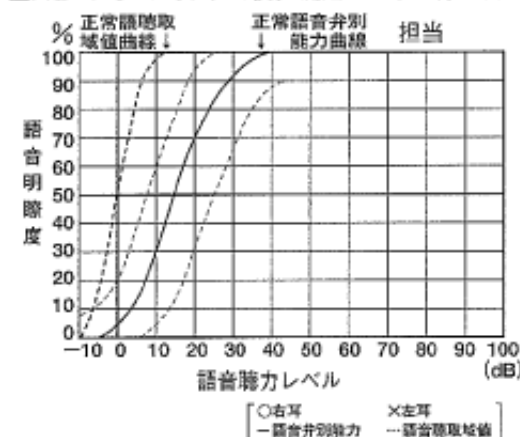
■オーディオグラム(協) 測定 年 月 日 担当



マスキング：有 無 ( )

平均聴力レベル(協) 右： dB 左： dB  
 語音聴取域値(認) 右： dB 左： dB  
 語音明瞭度(認) 右： dBで % dBで %  
 左： dBで % dBで %

■スピーチオーディオグラム(認) 測定 年 月 日 担当



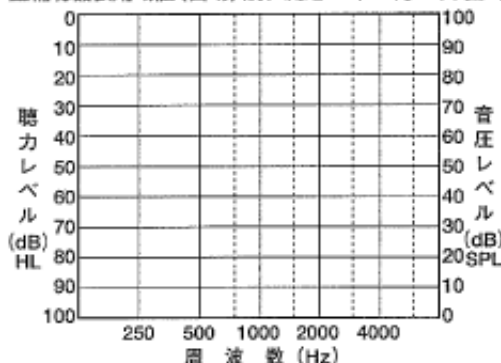
スピーチオーディオグラムには裸耳と補聴器装用の測定を記入する

■装用チェック表(協)

装用チェック事項( 年 月 日)

- 1) 補聴器の使用時間：
  - 一日中・約 時間・必要に応じて
- 2) 会話の聞き取りは？ 良い←普通→悪い
  - 1対1での会話： 5・4・3・2・1
  - 静かな所での会話： 5・4・3・2・1
  - 数人での会話： 5・4・3・2・1
  - 離れた所との会話： 5・4・3・2・1
  - 騒音の中での会話： 5・4・3・2・1
- 3) 過大音は大丈夫か？
  - 騒音はうるさすぎるか： 5・4・3・2・1
  - 金属・食器・紙の音： 5・4・3・2・1
  - 水道の音： 5・4・3・2・1
  - ドアの音： 5・4・3・2・1
- 4) 自声の響きは： 5・4・3・2・1
- 5) 音の方向は： 5・4・3・2・1
- 6) 装着に関して
  - きついと痛くないか： 5・4・3・2・1
  - 入れ易さは： 5・4・3・2・1
  - 取り出し易さは： 5・4・3・2・1
  - かぶれやアレルギーは： 5・4・3・2・1
- 7) 操作関係
  - スイッチの入り切り： 5・4・3・2・1
  - ボリュームの操作： 5・4・3・2・1
  - 電池の交換： 5・4・3・2・1
- 8) 総合的な満足度： 5・4・3・2・1

■補聴器装用域値(音場)(認) 測定 年 月 日 担当



語音明瞭度(音場)(認) 右： dBで % dBで %  
 左： dBで % dBで %

(3項目)

装用耳(協) 両耳 右 左 交互使用

購入機種(協) 耳あな 耳かけ オーダー ポケット( )

メーカー名(法)		
モデル番号(法)		
機械番号(法)		
装用耳(協)		
フック イヤホン		
ベント		
イヤーマールド耳せん		
利得調整	dB ○	dB ○
出力制限	dB	dB
音質調整	○ ○ ○	○ ○ ○
備考		

装用状況・装用指導のチェック

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 会話の聞き取り | <input type="checkbox"/> 両耳のバランス |
| <input type="checkbox"/> 騒音・強大音  | <input type="checkbox"/> 装用指導    |
| <input type="checkbox"/> ハウリング   | <input type="checkbox"/> スイッチ操作  |
| <input type="checkbox"/> シェルのあたり | <input type="checkbox"/> ボリューム操作 |
| <input type="checkbox"/> その他     | <input type="checkbox"/> 電池の交換   |
| <input type="checkbox"/> 補聴器特性測定 | <input type="checkbox"/> 補聴効果の測定 |

フィッティングの評価

補聴器販売履歴リスト(協)

番号	販売年月日	機種名	シリアルNo	装用耳	価格	担当	備考
①							
②							
③							
④							
⑤							

※補聴器特性測定表、補聴効果測定表、装用チェック表などを貼り付けてください。

