

【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<br>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 \_\_\_\_\_)

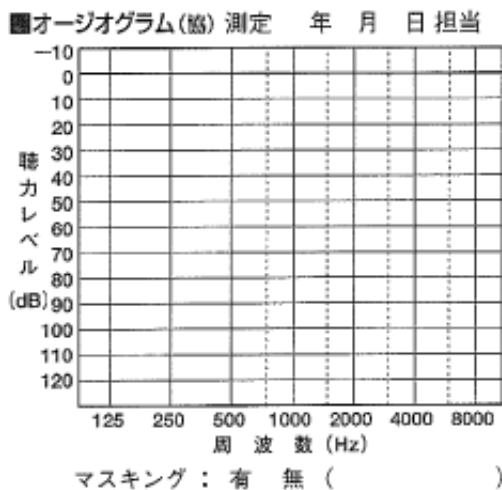
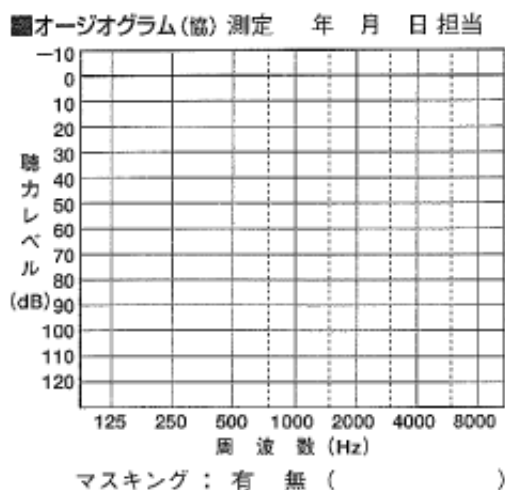
⑩ お求めの動機は?  
 初めの方→ご自分から 勧められて (家族・医師・知人・その他)  
 使用中の方→現在の不満 使い分け 紛失  
 修理不能 新製品ができたから その他( \_\_\_\_\_ )

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)

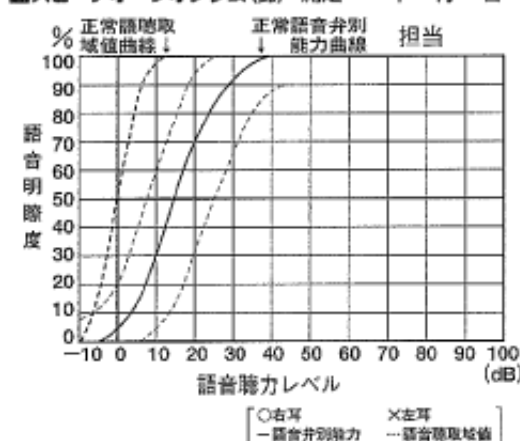
⑬ その他確認事項  
 ( \_\_\_\_\_ )

(2項目)



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

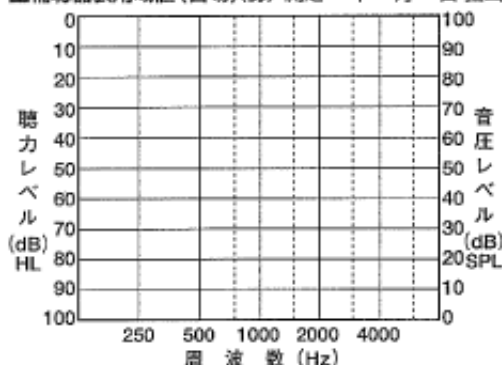


■装用チェック表(協)

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
  - 離れた所での会話: 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。

