

お客様カード

初回来店日 年 月 日 担当者

管理番号	分類

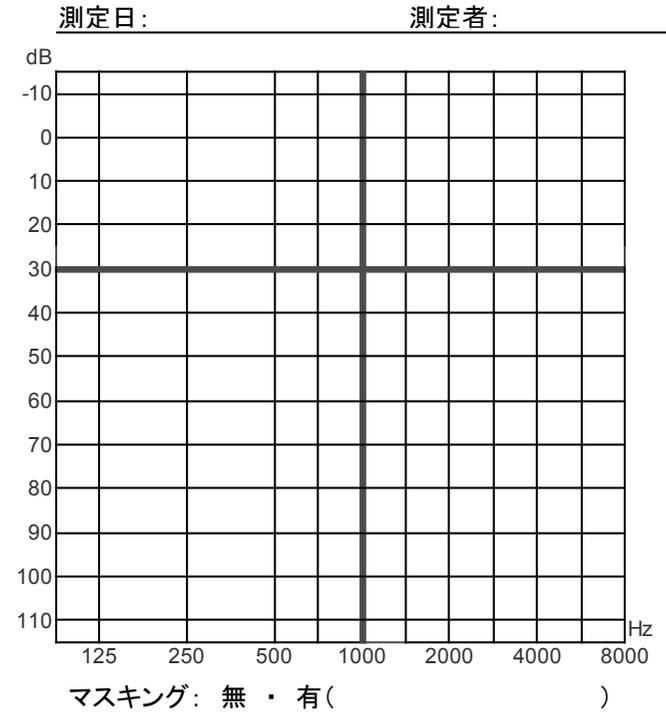
フリガナ	生年月日
氏名	(歳)
住所 〒	
<input type="checkbox"/> 個人情報取扱のご了承 (DM送付: 可・不可)	
電話番号	FAX番号
携帯電話	その他電話番号()
メールアドレス1	メールアドレス2

耳鼻科受診 有・無	紹介元(紹介状: 有・無)
--------------	---------------

<質問事項>

- 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・手術歴有り
正常・その他()
- ③ 耳鳴りはありますか?
いいえ・はい(頃から)
- ④ 聞こえにくさを感じたのはいつ頃ですか?
()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・強大音・その他()
- ⑥ 補聴器使用経験
なし・あり(前から)
両耳・右耳・左耳
- ⑦ 補聴器に期待する事、希望する事
- ⑧ 禁忌8項目
 耳の手術を受けたことがある。
 最近3ヶ月以内に耳漏があった。
 最近2ヶ月以内に聴力が低下した。
 最近1ヶ月以内に急に耳鳴りが大きくなった。
 外耳道に痛みまたは、かゆみがある。
 耳あかが多くなっている。
 聴力測定の結果、平均聴力の左右差が25dB以上ある。
 聴力測定の結果、500、1000、2000Hzの聴力に20dB以上の気骨導差がある。

オーディオグラム(初回)



スピーチオーディオグラム(初回)

