

面接記録票（補聴器）

面接年月日		令和 年 月 日		面接方法		面談・電話 本人・他（ ）		面接者		
ふりがな 氏 名						大正 昭和 年 月 日（ 歳） 平成 令和				
職業				勤務時間		時 分 ～ 時 分（ 週 月 日）				
居住		在宅 ・ 施設入所 ・ デイサービス ・ その他（ ）								
家族構成		氏 名	続柄	年齢	職 業	聴覚障害	本人との居住	備 考		
	1					有・無	同居・別居			
	2					有・無	同居・別居			
	3					有・無	同居・別居			
	4					有・無	同居・別居			
	5					有・無	同居・別居			
	6					有・無	同居・別居			
	7					有・無	同居・別居			
傷病の経過	（既往歴） 結核 ストマ・カナマイシン使用 高血圧 髄膜炎 脳炎 頭部外傷 脳梗塞 梅毒 大音響の環境 その他（ ）									
	（重複障害）視覚障害 肢体不自由 知的障害 精神障害 その他（ ）									
	（現病歴） 耳の状態 発症年月日： 年 月 日 原 因： 治 療 歴：（有・無） 手 術 歴：（有・無）									
現在の状態	どちらの耳がよく聞こえるか （右耳 左耳 どちらの耳も同じ程度） 聴力は変動するか （変動する 変動しない） 耳漏が （ある ない） ある場合（右耳 左耳 両耳） 耳鳴りが （ある ない） めまいが （ある ない） 聴覚障害で日頃どのような不便を感じているか 									

補 聴 器 に つ い て	1. 今までに使用したことがあるか (はじめて 経験あり: _____ 年前から) 2. 今までに使用したことがある補聴器のタイプは (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他 _____) 3. 使用している補聴器のタイプや入手方法等について ① 右耳用 無・有: (_____ 年 _____ 月より使用) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他 _____) (メーカー: _____ 機種: _____) (自費購入【店舗・病院・通販】 福祉制度 レンタル その他 _____) ② 左耳用 無・有: (_____ 年 _____ 月より使用) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他 _____) (メーカー: _____ 機種: _____) (自費購入【店舗・病院・通販】 福祉制度 レンタル その他 _____)
	4. 補聴器の使用状況について ① 1日の使用時間について ・一日中(就寝中も) ・起きている間はずっと ・ときどき ・あまり使っていない ・ほとんど使っていない ② 主な使用場面について ・会話 ・外出する時 ・テレビ ・電話 ・仕事 ・その他 _____ ③ 機能や操作方法について ・よくわかる ・だいたいわかる ・あまりわからない ・全くわからない ④ 満足度について ・非常に満足している ・ほぼ満足している ・あまり満足していない ・非常に不満である ⑤ 補聴器使用時の困りごとについて ・ボリュームを最高にしても音が小さい ・うるさい場所ではよくききとれない ・遠くから話されるとききとれない ・とても不快に聞こえる音がある ・長くつけていると疲れる ・補聴器をつけていてピーピー音がする ・故障しやすい ・耳栓(又は耳型)が痛い ・電話が使えない ・その他 _____

5. 新しい補聴器の希望は
 (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 その他 _____)
 ※原則はポケット型、耳かけ型からの選択になります。
 ※耳あな型は、耳介がない、などの理由で耳かけ型が装着できない人のみが対象となります。
 ※福祉用補聴器ではなく、差額自己負担により市販の補聴器を希望される場合は、面接判定のみ対応します。
なお、事前に【様式例補12 補聴器差額自己負担要望書 兼 補聴器試聴結果】を本人にお渡しください。

6. そのほか補聴器に関して希望があるか
 [_____]

7. 主たるコミュニケーション手段(音声・筆談・手話・その他: 具体的に _____)