

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 平成 令和	年 月 日（ 歳）			
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)						
現在の状態	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 耳の状態 発症年月日： _____ 年 月 日 原因： _____ 治療歴： (有・無) _____ 手術歴： (有・無) _____ </div> 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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>						

補聴器についで	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																													
	①1日の使用時間について <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・一日中(就寝中も)</td> <td>・起きている間はずっと</td> <td>・ときどき</td> </tr> <tr> <td>・あまり使っていない</td> <td>・ほとんど使っていない</td> <td></td> </tr> </table> ②主な使用場面について <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・会話</td> <td>・外出する時</td> <td>・テレビ</td> </tr> <tr> <td>・電話</td> <td>・仕事</td> <td>・その他_____</td> </tr> </table> ③機能や操作方法について <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・よくわかる</td> <td>・だいたいわかる</td> </tr> <tr> <td>・あまりわからない</td> <td>・全くわからない</td> </tr> </table> ④満足度について <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・非常に満足している</td> <td>・ほぼ満足している</td> </tr> <tr> <td>・あまり満足していない</td> <td>・非常に不満である</td> </tr> </table> ⑤補聴器使用時の困りごとについて <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・ボリュームを最高にしても音が小さい</td> <td>・うるさい場所ではよくききとれない</td> </tr> <tr> <td>・遠くから話されるとききとれない</td> <td>・とても不快に聞こえる音がある</td> </tr> <tr> <td>・長くつけていると疲れる</td> <td>・補聴器をつけていてピーピー音がする</td> </tr> <tr> <td>・故障しやすい</td> <td>・耳栓(又は耳型)が痛い</td> </tr> <tr> <td>・電話が使えない</td> <td>・その他_____</td> </tr> </table>	・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		・会話	・外出する時	・テレビ	・電話	・仕事	・その他_____	・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	・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	・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
・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																													
・会話	・外出する時	・テレビ																												
・電話	・仕事	・その他_____																												
・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																													
・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																													
・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_____) ※耳かけ型は、上手に装着・操作ができ、十分な補聴効果が得られる人が対象となります。 ※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。																														
6. そのほか補聴器に関して希望があるか <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>																														
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_____)																														