

耳鼻科（補聴器）申請者への状況確認票（児童、成人）

1	氏名	
2	生年月日	(年 月 日)
3	住所	
4	身体障害者手帳の交付年月日	(年 月 日)
5	障がい等級	(級)
6	所属名称	保育園・幼稚園・学校・職場の名称： ()
7	職種	
8	就園・就学・就労日数	
9	就園・就学・就労時間	
10	仕事内容	
11	現在使用している補聴器の有無	あり ・ なし ※ありの場合 補聴器の型： ()
	これまでの補装具支給または自費購入の内容	装用耳 (右耳 ・ 左耳 ・ 両耳) 交付年月： (年 月) 型式： ()
12	補聴器使用効果 (デモ機の場合も含む)	あり ・ なし デモ機の場合いつから借用しているか： (年 月頃～)
13	今回の補聴器の申請について	申請している補聴器の型： 装用耳： (右耳 ・ 左耳 ・ 両耳) 今回の申請の理由
14	現在の意思疎通方法	●情報を得る方法 ※該当するものに☑ ☐ 補聴器なしで一部聴きとることができる ☐ 補聴器の使用なしでは聴きとることができない ☐ 相手の口唇を読んで聴きとる ☐ 手話を理解する ☐ 文字を読む ☐ その他 () ●情報を伝える方法 ※該当するものに☑ ☐ 発声・発語 ☐ 手話 ☐ 筆談 ☐ その他 ()
15	日常生活でどの程度聴きとれているか(具体的に)	例：テレビの音の聴こえの程度、電話の声の聴こえの程度、対面で大きな声を出さないと聴こえない等
16	希望する補聴器について	※①～④の該当する補聴器について回答
	①両耳装用	これまでの両耳装用経験の有無 (あり ・ なし) ★ありの場合 装用開始時期 (年 月頃～) 両耳装用が必要な理由 ※該当するものに☑ ☐ 教育上、言語の獲得や社会性構築のため ☐ 職場環境上、音の方向性を感知しないと危険をとまなうため(工場、建設現場等) ☐ 業務遂行上、他人への安全配慮を求められるため(医療機関関係の勤務等) ☐ その他 具体的理由(片耳装用では困る経験等を踏まえて)

