

経過聞き取り票(聴覚)

氏名

障害手帳 有 ・ 無

障害名

生年月日 年 月 日生 (歳)

1. 聴力低下発症時期(気づいた時期、原因等) 例)約●年前から●耳の難聴あり。

時期

原因

職業

右耳

左耳

両耳

2. 医療機関通院の有無 有 ・ 無

3. 医療機関名

4. 通院時期

5. 通院期間

6. 治療効果は

7. 医療機関通院した場合、診断名は

8. これまで補聴器の使用経験の有無 有 ・ 無

9. 補聴器を使用している場合、いつ頃から使用しているか？

10. 補聴器は自費購入したものか？ 交付されたものか？

交付 ・ 自費購入 ・ その他 ()

11. 補聴器が使用できない理由 破損 紛失 故障 その他()

12. 現在の耳の状態は？

13. 現在のコミュニケーション方法は？ 大声で話す 筆談 口話 手話

14. その他