

紹介状

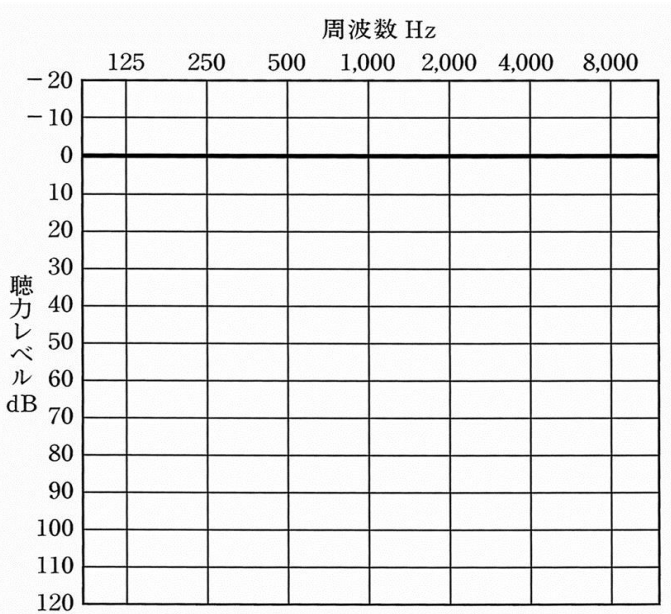
◎補聴器の適応とと思われますので処方データを記し紹介します。

紹介日 年 月 日

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生(歳)
----	--	----	-----	------	------------

■補聴器処方データ

①オーディオグラム



マスキング: なし あり []

②語音弁別能

右: dB にて %

左: dB にて %

③外耳道の状態

右: 正常 耳漏 アレルギー

左: 正常 耳漏 アレルギー

[]

外耳道関連手術 右: なし あり

左: なし あり

④鼓膜の状態

右: 正常 穿孔 (小・中・大)

左: 正常 穿孔 (小・中・大)

⑤難聴の診断

右: 感音 混合 伝音難聴

左: 感音 混合 伝音難聴

⑥補聴器装用経験

あり なし

⑦補聴器の装用耳

両耳 右耳 左耳 相談のうえ

⑧イヤモールド

必要 不要 相談のうえ

⑨希望の補聴器

耳穴型 (オーダーメイド) 耳かけ型

ポケット型 [] 相談のうえ

所見・要望事項

医院・病院／医師名	
-----------	--

認定補聴器専門店

ベスト補聴器センター

- オーダーメイド、耳掛け、箱型補聴器取扱い
- イヤモールド（耳型）製作
- 補聴器の点検・修理、関連機器取扱い

営業時間 平日 9：30～17：30

土曜、第2・4日曜 9：30～15：00

定休日 第1・3・5日曜、祝日

〒272-0021 市川市八幡 1-16-2

TEL 047-335-5722

※ご来店が困難な場合は出張致します。

