調査書（補聴器）

氏名		
申請する補聴器	(1)型式　：□耳かけ型　□ポケット型　□耳あな型　□その他（　　） (2)装用耳：□右耳　□左耳　□両耳　※耳あな型または両耳の申請の方は、下部も参照	
医療保険	□後期高齢　□国民健康保険　□社会保険　□生活保護	
治療中の疾病等		
同居家族	□配偶者　□子　□父親　□母親　□その他（　　）	
現在の生活場所	□自宅（□一軒家　□マンション　□アパート　□公営住宅　□その他） □施設（種類：　　名称：　　、入所年月日：　　） □医療機関（名称：　　入院日：　　、退院予定日：　　）	
職業	□無職　□就業（職種・職務内容：　　）	
補聴器なしでの聞こえの状況	聞こえが悪くなった時期：　　年前から　または　　歳ごろから	
	□会話ができる→ □少し離れて □対面した状態で □耳元で話してもらい □会話ができない	
所有中の補聴器 ※試用レンタルは「なし」	□なし	
	□あり	(1)費用　：□自費購入　□制度購入 (2)購入年　：　　年 (3)型式　：□耳かけ型　□耳あな型　□ポケット型　□その他 (4)装用耳　：□右耳　□左耳　□両耳 (5)買替理由：□故障・劣化　□聴力低下　□その他（　　） (6)修理可能性の店舗への確認：□した　□していない→確認後の申請を。
その他使用中の補装具		
困りごと ※複数選択可	□相手の声を聞きとれず、会話がうまくできないことがある □周囲の音が聞こえず、危ないときがある □電話や呼び鈴に気づけない □その他（　　）	
申請する補聴器の試用	□していない	
	□した	(1)装用耳　：□右耳　□左耳　□両耳 (2)試用の結果： ※聞こえがよかったかどうか、装着することで会話ができたかどうかなど

【両耳申請または耳あな型申請の方】

対象は以下の場合に限られます。片耳装用または耳かけ型等では対応が困難な理由について、裏面に具体的に詳しくご記入ください。

また、医師の処方意見書にも必要性について記載いただくことが必要です。

両耳装用	職業上または教育上等真に必要な（片耳装用では対応できない）方
耳あな型	ポケット型及び耳かけ型の使用が困難（身体上、職業上等）で真に必要な方

調査書（補聴器）

（両耳申請または耳あな型申請の方のみ）
片耳装用または耳かけ型等では対応が困難な理由

-
-
-
-
-
-