**デジタルワイヤレス補聴援助システム（ロジャー、ミニマイクロフォンなど）、**

**ＦＭ型補聴システム　使用状況調査書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名： | 男 ・ 女 | 大正・昭和  平成・令和　　　　年　　月　　日 |
| 〇補聴器の使用： 有 ・ 無  　［有の場合］使用開始時期：　　　　　年　　　　　月頃から  　　　　　　　装用耳： 右 ・ 左 ・ 両耳  　　　　　　　現在使用している補聴器の型：  　　　　　　　　耳かけ型・ポケット型・耳あな型・その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| ［人工内耳に接続して使用予定の場合はこちらにご記入ください］  〇人工内耳を挿入している耳： 右 ・ 左 ・ 両耳  　手術をした時期：　　　　年　　　　月 | | |
| 〇ＦＭ型補聴システムの使用歴： 有 ・ 無  ［有の場合］使用時期：　　　　　年　　　　月　～　　　　　年　　　　月  　使用場面と装用効果：  　※必要とする理由に  　　ついても記入 | | |
| 〇デジタルワイヤレス補聴援助システム（ロジャー）、ミニマイクロフォンなどについて  　使用する予定の場所： 学校 ・ 仕事 ・ その他（　　　　　　　　　　）  　　具体的な学校名・会社名など  　試用期間：　　　　　年　　　　月　～　　　　　　年　　　　月  　試用時の装用効果（必要とする理由についても記入） | | |
| 年　　　月　　　日　　　　　　　　　記載者氏名（　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　　） | | |