

補聴器相談申込書

希望日時／先着順にご予約を入れますので、ご希望に添えないことがあります

() _____月 _____日 _____時30分からを希望

() いつでもよい

お名前 _____ ご年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____

堺市 _____ 区 _____

電話番号 _____ - _____ FAX _____ - _____

補聴器使用：() 使用している → メーカー ()

形： 耳かけ型 ・ 耳穴型

() 使用していない

聞こえにくくなった時期： _____年 _____月ごろから

耳鼻科通院状況：() 定期的に通院 / 病院名()

※聴力検査の結果を必ずご持参ください。

() 通院していない

補聴器使用の目的

- ・ 家族との会話
- ・ テレビの視聴
- ・ 趣味の会等への参加
- ・ 会議等への参加
- ・ その他 ()

ご相談内容 (補聴器・聞こえの状態について困っていること)

