

歯科治療FAX申し込み書

依頼元 事業所名 _____
担当者氏名 _____
電話番号 _____

ふりがな
患者氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

住所 _____

電話・FAX _____
E-Mail _____

ご家族 電話・FAX _____

E-Mail _____

主訴(ご希望) _____

予約希望日 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分

難聴の程度(当てはまるところに✓をつけて下さい)

	難聴の程度	平均聴力レベル	聞き取りの不自由度
<input type="checkbox"/>	正常	25dB未満	・普通の会話は問題ない ・声が小さいと聞き取れないこともある
<input type="checkbox"/>	軽度難聴	25～40dB未満	・声が小さいと聞き取れないことが多い ・テレビの音を大きくする
<input type="checkbox"/>	中等度難聴	40～70dB未満	・普通の会話が聞きづらい ・自動車が近付いて初めて音に気付く
<input type="checkbox"/>	高度難聴	70～90dB未満	・大きな声でも聞きづらい ・向かい合っでの会話も困難である
<input type="checkbox"/>	重度難聴	90dB～	・耳元での大声も聞きづらい ・日常音はほとんど聞こえない

参考: 日本聴覚医学会難聴対策委員会