

オーダーメイド電池式補聴器製作指示書

WIDEX
2026年1月版

ご注文に際してのお願い

- この注文書は2枚綴りになっております。1枚目は貴店の控えとして保管し、2枚目のメーカー控えを耳型（インプレッション）と一緒にお送りください。
- 耳型は片耳につき2個お送りください。
- シェル再製作の無償期間は1年となります。
- お客様の氏名にはフリガナをお付けください。
- お電話番号は、市外局番から記入してください。

モデル別仕様一覧

モデル	レシーバー	テレコイル	DEX対応	ボリューム	プログラムボタン
CIC-M	80/90選択可 (注1)	—	—	—	—
CIC	80/90選択可 (注1)	—	○	—	—
XP	—	○ (注2)	○	—	—
IM/IP	—	—	○	○ (注3)	○ (注3)

注1：レシーバー90は80と比較して出力は大きくなりますが、形状も大きくなります。

注2：テレコイル付きは無しと比較すると形状が大きくなります。

注3：IM/IPはボリューム・プログラムボタンを付けると形状が大きくなります。

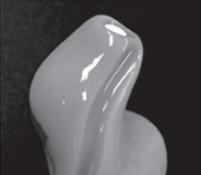
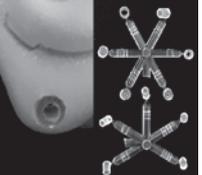
- オーダーメイド補聴器のご注文に関するお問い合わせ
WSオーディオロジージャパン株式会社 ワイデックス補聴器 カスタマーサービス
 00777-81810 / FAX 00777-81811
又は、TEL 046-289-0235 / FAX 046-207-2919

ワイデックス補聴器

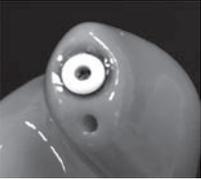
〒242-0007 神奈川県大和市中心林間7-10-1
三機大和ビル5F

オーダーメイド電池式補聴器の製作にあたって（無料オプション説明）

ベント 【装着時の密閉感（自声のこもり・響き）を軽減するために作製する空気穴】

<p>CCベント 貫通していないベント</p>  <p>CIC用の標準ベント ※CICのみ対応</p>	<p>先端段ベント 先端部分を段加工</p>  <p>密閉感の強いお客様への対策 ※加工制約有り</p>	<p>溝ベント シェル本体に溝加工</p>  <p>密閉感が著しく強いお客様への対策 ※加工制約有り</p>	<p>アイロスベント ベント径を大きく加工</p>  <p>自声のこもり・響きが著しいお客様への対策 ※加工制約有り</p>	<p>セレクトベント(S/M) ベント径調整付属品</p>  <p>付属のチップでベント径の調整ができる ※ホールベントのみ（Dベント対応不可）</p>	<p>Dベント ベントをD型に加工</p>  <p>ホール(円形)ベントよりも大きなベント径で製作が可能 ※加工制約有り</p>
---	--	--	---	--	--

ワックスガード 【耳垢の機器内部への侵入防止】

<p>ナノケア(セルストップ)</p>  <p>標準ワックスガード ※お客様が交換可能</p>	<p>延長チューブ</p>  <p>鼓膜穿孔の方の特別仕様</p>
--	--

その他オプション 【テグス、刻印、加工等】

<p>テグス(ピン) 標準取付</p>  <p>標準:7mm</p>	<p>テグス(ループ) 輪っか加工、玉付き</p>  <p>テグスをより掴みやすくする為の加工</p>	<p>ノッチ ツメを掛ける為の溝加工</p>  <p>取外しを容易にする為の溝加工 ※XPのみ対応</p>	<p>カラーマーク</p>  <p>左右識別をより明確にする為の加工 ※シェルがベージュ、モカ、エスプレッソの場合は右用が赤、左用が青、レッド、ブルーの場合は左右とも白</p>	<p>シェルネーム</p>  <p>所有者識別をする為の加工 ※苗字をカタカナ表示 ※シェルがベージュ、モカ、エスプレッソの場合は右用が赤、左用が青、レッド、ブルーの場合は左右とも白</p>	
<p>カナルロック 固定部位の追加加工</p>  <p>補聴器が耳介から抜けにくくする為の加工</p>	<p>人/親マーク</p>  <p>装着時の方向を確認する為の指位置表示加工 ※人:人差指/親:親指 ※シェルがベージュ、モカ、エスプレッソの場合は右用が赤、左用が青、レッド、ブルーの場合は左右とも白</p>	<p>ツメ高バッテリードア ツメ部分を高くする加工</p>  <p>バッテリードアの開閉を容易にする為の加工 ※XPのみ対応</p>	<p>シェル表面つや消し 左:標準 右:つや消し</p>  <p>シェル表面のつやを消し滑りにくくする加工</p>	<p>カラーシェル</p>  <p>フェイスプレートとシェルを好みの色で加工 ※色の組合せには制限があります</p>	<p>シェルグリッパ</p>  <p>シェル耳道先表面を網目加工にすることで耳の中でズレにくくなります。</p>

オーダーメイド電池式補聴器製作指示書



①販売店様控え			
貴店コード	C ※送り状記載のコードをご記入ください(9桁)		
貴店名	様		
電話番号			
ご発注日	年 月 日	ご担当	様

お客様名	フリガナ
	様
生年月日	西暦 年 月 日 ()才 男・女

ご注文いただく器種名を下記「シリーズ」「クラス」欄にご記入いただき、該当する仕様を○で囲んでください。

シリーズ	クラス	モデル	CIC・CIC-M・XP・IM・IP ※[MAGNIFY非対応]	延長/紛失保証購入	□
装用耳	左・右	テレコイル(XP) 有	ボリューム(IM/IP) 左・右 プログラムボタン(IM/IP) 左・右	レシーバー(CIC/CIC-M)	80・90

- IM/IPは、ボリューム・プログラムボタンを付けると形状が大きくなります。
- レシーバー90は、80と比較して出力が大きくなりますが形状も大きくなります。
- テレコイル付きは、形状が大きくなります。

お耳の状態						
硬さ	<input type="checkbox"/> 柔らかい	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 硬い	手術経験	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
耳垢	<input type="checkbox"/> 柔らかい	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 水っぽい	鼓膜穿孔	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
その他	<input type="checkbox"/> しわが多い	<input type="checkbox"/> 耳毛が多い	<input type="checkbox"/> 耳がよく動く			

補聴器のご経験のない方：試聴時の状態				純音オーディオグラム (必ず記入をお願いします。)							
ごもり感	<input type="checkbox"/> 強い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> なし	周波数	125	250	500	1000	2000	4000	8000
補聴器のご経験のある方				気導	右						
メーカー名	器種				左						
使用年数				骨導	右						
耳あな型補聴器をお使いの方					左						
<input type="checkbox"/> 初回製作からシェル調子が良い	ベント仕様	ベント径	mm		右						
<input type="checkbox"/> 再作、修正をしてからシェル調子が良い				左							
<input type="checkbox"/> 再作、修正をしてからシェル調子が悪い											
<input type="checkbox"/> ハウリングする	<input type="checkbox"/> 抜けてくる	<input type="checkbox"/> 痛い									

ベント仕様	左	右
標準 (ホールベント)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先端段ベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
溝ベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アイロス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CC (CICのみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メーカー一任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ベントサイズ	左	右
無し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XS (1.0mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S (1.5mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M (2.0mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メーカー一任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ワックスガード	左	右
ナノケア (標準)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
延長チューブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メーカー一任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

無料オプション		短め	長め
テグス (7mm) ※1	<input type="checkbox"/> 要 / <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 5mm	<input type="checkbox"/> 10mm
ループ (7mm)	<input type="checkbox"/> 要 / <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 5mm	<input type="checkbox"/> 10mm
シェルネーム表示 ※2	<input type="checkbox"/> 要		
タッチ (XPのみ)	<input type="checkbox"/> 要		
シェルグリップ	<input type="checkbox"/> 要		
シェル表面つや消し	<input type="checkbox"/> 要		
カラーマーク	<input type="checkbox"/> 要		
ツム高ドア (XPのみ)	<input type="checkbox"/> 要		

ベント、ワックスガードについては、仕様欄にご記入の無い場合は、弊社で決定いたします。
外耳道形状によりご希望の仕様で対応できない場合があります。

※1 テグスまたはループに凸が無い場合はテグス標準 (7mm) を取り付けて製作いたします。
※2 シェルネームはフリガナに記載された苗字を刻印いたします。

モデル	フェイスプレートカラー	シェルカラー				
		ページ B	モカ M	エスプレッソ E	レッド R	ブルー L
CIC CIC-M XP	右耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (INT)			<input type="checkbox"/> BR (GLU)
		モカ M		<input type="checkbox"/> MM (INT)		<input type="checkbox"/> MR (GLU)
		エスプレッソ E			<input type="checkbox"/> EE (INT)	<input type="checkbox"/> ER (GLU)
IM/IP	左耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (INT)			<input type="checkbox"/> BL (GLU)
		モカ M		<input type="checkbox"/> MM (INT)		<input type="checkbox"/> ML (GLU)
		エスプレッソ E			<input type="checkbox"/> EE (INT)	<input type="checkbox"/> EL (GLU)
IM/IP	右耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (GLU)			<input type="checkbox"/> BR (GLU)
	左耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (GLU)			<input type="checkbox"/> BL (GLU)

※INTはインテグレート型、GLUはグルー (貼り付け) 型のフェイスプレートとなります。
※カラーの選択欄にご記入が無い場合はフェイスプレート・シェル共にページでの作製となります。

個人情報の取り扱いについて
販売店様から提供いただいた個人情報は耳あな型補聴器の製造のみに利用いたします。 また、製品品質の参考のため、個人を特定しない統計情報のみ利用させていただきます場合がございます。

このページはお店の控えとして保管してください。・2枚目を弊社へお送りください。

WSオーディオロジージャパン株式会社 ワイデックス補聴器
〒242-0007 神奈川県大和市中央林間7-10-1三機大和ビル5F フリーコール：00777-81810 直通：046-289-0235 FAX：00777-81811 直通：046-207-2919

その他、ご要望ご連絡事項

オーダーメイド電池式補聴器製作指示書



②メーカー控え			
貴店コード	C ※送り状記載のコードをご記入ください(9桁)		
貴店名	様		
電話番号			
ご発注日	年 月 日	ご担当	様

お客様名	フリガナ
	様
生年月日	西暦 年 月 日 ()才 男・女

ご注文いただく器種名を下記「シリーズ」「クラス」欄にご記入いただき、該当する仕様を○で囲んでください。

シリーズ	クラス	モデル	CIC・CIC-M・XP・IM・IP ※[MAGNIFY非対応]	延長/紛失保証購入	□
装用耳	左・右	テレコイル(XP) 有	ボリュウム(IM/IP) 左・右 プログラムボタン(IM/IP) 左・右	レシーバー(CIC/CIC-M)	80・90

- IM/IPは、ボリュウム・プログラムボタンを付けると形状が大きくなります。
- レシーバー90は、80と比較して出力が大きくなりますが形状も大きくなります。
- テレコイル付きは、形状が大きくなります。

お耳の状態					
硬さ	<input type="checkbox"/> 柔らかい	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 硬い	手術経験	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
耳垢	<input type="checkbox"/> 柔らかい	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 水っぽい	鼓膜穿孔	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
その他	<input type="checkbox"/> しわが多い	<input type="checkbox"/> 耳毛が多い	<input type="checkbox"/> 耳がよく動く		

補聴器のご経験のない方：試聴時の状態				純音オーディオグラム (必ず記入をお願いします。)							
ごもり感	<input type="checkbox"/> 強い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> なし	周波数	125	250	500	1000	2000	4000	8000
補聴器のご経験のある方				気導	右						
メーカー名	器種				左						
耳あな型補聴器をお使いの方				骨導	右						
<input type="checkbox"/> 初回製作からシェル調子が良い	ベント仕様	ベント径	mm		左						
<input type="checkbox"/> 再作、修正をしてからシェル調子が良い											
<input type="checkbox"/> 再作、修正をしてからシェル調子が悪い											
<input type="checkbox"/> ハウリングする	<input type="checkbox"/> 抜けてくる	<input type="checkbox"/> 痛い									

ベント仕様	左	右
標準 (ホールベント)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先端段ベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
溝ベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アイロス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CC (CICのみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メーカー一任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ベントサイズ	左	右
無し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XS (1.0mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S (1.5mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M (2.0mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メーカー一任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ワックスガード	左	右
ナノケア (標準)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
延長チューブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メーカー一任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

無料オプション		短め	長め
テグス (7mm) ※1	<input type="checkbox"/> 要 / <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 5mm	<input type="checkbox"/> 10mm
ループ (7mm)	<input type="checkbox"/> 要 / <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 5mm	<input type="checkbox"/> 10mm
シェルネーム表示 ※2	<input type="checkbox"/> 要		
タッチ (XPのみ)	<input type="checkbox"/> 要		
シェルグリップ	<input type="checkbox"/> 要		
シェル表面つや消し	<input type="checkbox"/> 要		
カラーマーク	<input type="checkbox"/> 要		
ツメ高ドア (XPのみ)	<input type="checkbox"/> 要		

ベント、ワックスガードについては、仕様欄にご記入の無い場合は、弊社で決定いたします。
外耳道形状によりご希望の仕様で対応できない場合があります。

※1 テグスまたはループに凹が無い場合はテグス標準 (7mm) を取り付けて製作いたします。
※2 シェルネームはフリガナに記載された苗字を刻印いたします。

モデル	フェイスプレートカラー	シェルカラー				
		ページ B	モカ M	エスプレッソ E	レッド R	ブルー L
CIC CIC-M XP	右耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (INT)			<input type="checkbox"/> BR (GLU)
		モカ M	<input type="checkbox"/> MM (INT)			<input type="checkbox"/> MR (GLU)
		エスプレッソ E		<input type="checkbox"/> EE (INT)	<input type="checkbox"/> ER (GLU)	
IM/IP	左耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (INT)			<input type="checkbox"/> BL (GLU)
		モカ M	<input type="checkbox"/> MM (INT)			<input type="checkbox"/> ML (GLU)
		エスプレッソ E		<input type="checkbox"/> EE (INT)	<input type="checkbox"/> EL (GLU)	
IM/IP	右耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (GLU)			<input type="checkbox"/> BR (GLU)
	左耳	ページ B	<input type="checkbox"/> BB (GLU)			<input type="checkbox"/> BL (GLU)

※INTはインテグレート型、GLUはグルー (貼り付け) 型のフェイスプレートとなります。
※カラーの選択欄にご記入が無い場合はフェイスプレート・シェル共にページでの作製となります。

個人情報の取り扱いについて
販売店様から提供いただいた個人情報は耳あな型補聴器の製造のみに利用いたします。 また、製品品質の参考のため、個人を特定しない統計情報のみ利用させていただきます場合がございます。

その他、ご要望ご連絡事項

・このページはお店の控えとして保管してください。・2枚目を弊社へお送りください。