

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	延長/紛失保証購入	□
装用耳	左 ・ 右	テレコイル (XP) 有	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と比較して出力は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。)							
こもり感	<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	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右		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、修正してからシェル調子が良い											
<input type="checkbox"/> 再作、修正してからシェル調が悪い	<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"/>
メーカー任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

無料オプション		短め	長め
テグス (7mm) ※1	要 / 不要	5mm	10mm
ループ (7mm)	要 / 不要	5mm	10mm
シェルネーム表示 ※2	<input type="checkbox"/> 要		
ノッチ (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		

※1 テグスまたはループに印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はグレー (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く場合がございます。

・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オーディオロジックジャパン株式会社 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

2601 2×10×500