**薛凤附表3-13**

**助听器初筛表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **薛凤彬** | **性别** | **男** |
| **本人电话** | **15048565058** | **监护人电话** | **15924523898** |
| **耳内情况： □耳道内有皮肤破损 √偶有脓液流出 □鼓膜穿孔 □耳道闭塞**  **□先天性外耳（耳廓）发育不全 □耵聍（耳屎）栓塞（堵塞耳孔）** | | | |
| **1、是否有意愿装配助听器 √是 □否** | | | |
| **2、是否配戴过助听器 □是（□左 □右 □双耳） √否** | | | |
| **3、是否先天性失聪（耳聋） □是 √否** | | | |
| **4、是否有残余听力，能否简单的语言交流 √是 □否** | | | |
| **5、哪一侧耳朵受损更严重 □左 √右** | | | |
| **6、是否正在佩戴人工耳蜗 □是 √否** | | | |
| **7、是否家族耳聋遗传 □是 √否** | | | |
| **8、是否伴有耳鸣 √是 □否** | | | |
| **注：本表的目的是为了了解您是否存在听力问题，以便安排您做进一步的准确判断，请您务必根据提问，仔细回答每一个问题，可勾出选择答案。** | | | |
| **备注:** | | | |