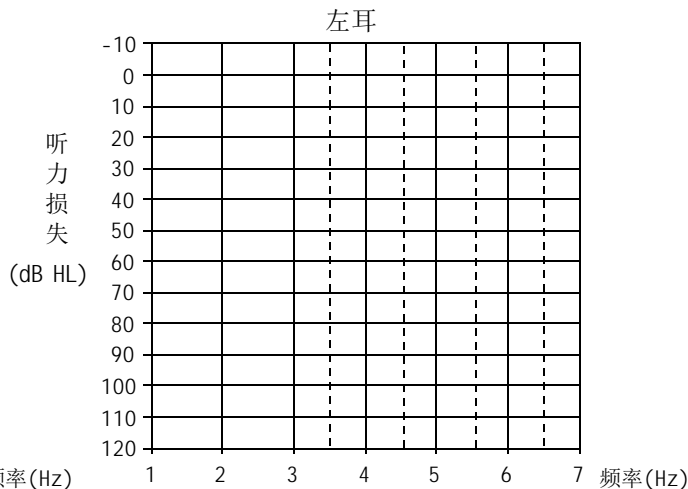
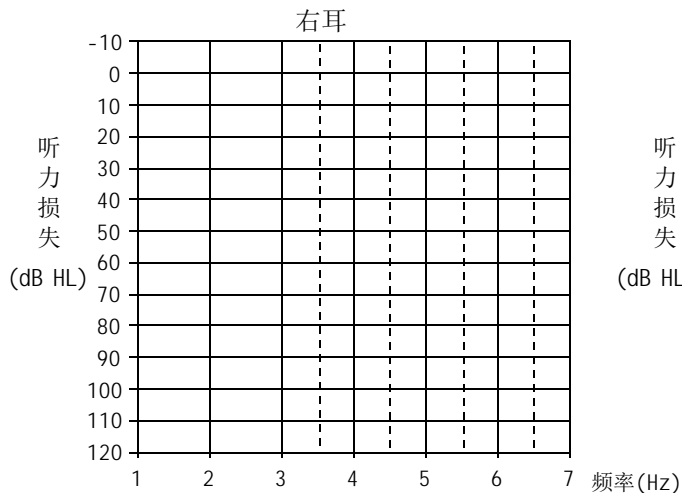


请选择所验配产品的品牌:



姓名:	年龄:	日期:
地址:	联系电话:	编号:
诊断医师及备注:		



分类		右耳	左耳
气导	未掩蔽	○	×
	掩蔽	△	□
	无反应	↗○	↘×
骨导	未掩蔽	<	>
	掩蔽	[]
	无反应	↙	↘

分类		右耳	左耳
不舒适阈		U	U
最舒适阈		M	M
助听听阈		H	V
言语识别率	助听前	%	%
	助听后	%	%