



聋儿早期康复教育系列丛书

听力障碍儿童康复评估档案

孙喜斌 梁 巍 / 主编



中国聋儿康复研究中心
听力国际国家(中国)中心

华夏出版社

聋儿早期康复教育系列丛书

听力障碍儿童康复评估档案

孙喜斌 梁 巍 主编

姓名：_____

机构：_____

中国聋儿康复研究中心

听力国际国家（中国）中心

华夏出版社

图书在版编目(CIP)数据

听力障碍儿童康复评估档案/孙喜斌,梁巍主编. —北京:华夏出版社,2006.1
ISBN 7-5080-3825-8

I. 听… II. ①孙… ②梁… III. 听力障碍-儿童-教学研究 IV. G762.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 119962 号

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里 4 号 邮编:100028)

新华书店经销

北京集惠印刷有限责任公司印刷

787×1092 1/16 开本 19.75 印张 465 千字 插页 1

2006 年 1 月北京第 1 版 2006 年 1 月北京第 1 次印刷

定价:38.00 元

本版图书凡印刷装订错误可及时向我社发行部调换

聋儿早期康复教育系列丛书

编委会名单

编委会主任：聂 滨

编 委：孙喜斌 陈振声 万选蓉 梁 巍 刀维洁
黎 明 卢晓月 龙 墨

组编单位：中国聋儿康复研究中心
听力国际国家（中国）中心

听力障碍儿童康复评估档案

主 编：孙喜斌 梁 巍
编 者：周丽君 龙 墨 王 祺 张 莉 霍二冰
王丽雁 郑文芳

前 言

《听力障碍儿童康复评估档案》和《听力障碍儿童康复教学记录》是聋儿个体听力语言康复、发展和教师、家长实施有效教学的真实记录，是听力语言康复实践的宝贵财富，是探索听障儿童听力语言康复规律，研究促进听障儿童个体发展有效方法的重要资源。为听障儿童实施康复评估，建立康复评估档案，开展康复教学记录，是我国听力语言康复工作努力提高听障儿童康复、教育质量，逐步实现规范化、标准化和科学化管理的重要举措。为听障儿童建立康复评估档案，组织实施康复教学记录，将作为全国正在实施的听力语言康复机构分类指导和验收管理工作的重要内容。

受全国残疾人康复工作办公室聋儿康复协调组的委托，中国聋儿康复研究中心知名的专家、教授和学者在认真吸收和总结了国内外听力语言康复临床实践经验的基础上，针对我国听障儿童听力语言康复教学实际需要编写的《听力障碍儿童康复评估档案》和《听力障碍儿童康复教学记录》，旨在为听觉障碍儿童的康复训练提供一套系统的听觉言语康复计划和与之配套的康复评估记录用表，以期不断引导和规范听力语言康复教学实践行为，形成有效的康复效能，实现听力语言康复实践经验的有序积累，切实提高全国听力语言康复工作的质量和水平。

编 者

2005.9.14

填写要求

以档案的方式记录听障儿童听力语言康复的阶段性评估结果，它将为分析和监测听障儿童个体的发展情况和康复效果提供依据，各承担康复任务的机构及具体执行人必须按照如下的要求，认真做好听障儿童的康复评估工作。

一、有听障儿童基本情况、家庭情况、个体发育情况、听力测试结果以及术前听觉、语言、学习能力评估内容，必须如实填写，具体项目内容不得漏填、少填。听障儿童在使用本套档案前已有的评估记录，可按照本手册提供的格式重新抄录。以前缺少的项目需另行组织测查或测量后补填相关内容。

二、有条件的康复机构或组织，可建立配套的音像档案。文字档案内容要字迹工整，内容完整、详实；评估音像档案画面、语音要清晰，并单独编号。

三、针对人工耳蜗植入者，收训时建立术前听觉、言语及学习能力评估档案；术后每三个月进行一次听觉、言语评估；学习能力评估（智力测试）两次之间间隔半年以上；以上评估项目在正式填写时应在记录页上明确标明“术前”、“术后”字样；非人工耳蜗植入者，上述评估项目，每年至少进行两次测试。

四、“言语听觉反应评估”每三个月进行一次评估，该项评估操作材料和使用手册单独购买。

目 录

儿童基本情况.....	(1)
家庭情况.....	(1)
个体发育状况.....	(2)
听力测试与助听器评估记录用表.....	(3)
听觉能力评估用表	(17)
语言能力评估记录用表	(29)
学习能力评估记录用表	(41)
言语听觉反应评估答题记录用表	(53)
学习起点评价记录用表.....	(289)

儿童基本情况

收训日期: _____

姓 名: _____ 性 别: _____ 民 族: _____

出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

户口所在地: _____

通讯地址: _____ 邮编: _____

住宅电话: _____

耳聋诊断: ☐传导性耳聋 ☐感音神经性耳聋 ☐混合性耳聋确诊时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 目前配戴的放大器: 助听器 ☐ 人工耳蜗 ☐术前配戴助听器情况: ☐未配戴 ☐配戴时间: _____

人工耳蜗植入时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 开机时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

照片

家庭情况

父亲姓名: _____ 民族: _____ 出生日期: _____ 文化程度: _____ 职业: _____

工作单位: _____ 电话: _____

健康状况: ☐正常 ☐耳聋 ☐其它 _____

母亲姓名: _____ 民族: _____ 出生日期: _____ 文化程度: _____ 职业: _____

工作单位: _____ 电话: _____

健康状况: ☐正常 ☐耳聋 ☐其它 _____

其他抚养人姓名: _____ 与儿童的关系: _____

个体发育状况

[illegible]

听力测试与助听器评估 记录用表



1

听力测试

测试项目	脑干诱发电位 (阈值 dB)	多频稳态电位 (阈值 dB)	纯音听阈均值 (dBHL)			视觉强化测听 (dB HL/SPL)
左耳						
右耳						
声导抗鼓室压图		A 型 ☐	B 型 ☐	C 型 ☐	其它 ☐	
耳声发射				通过 ☐	不通过 ☐	

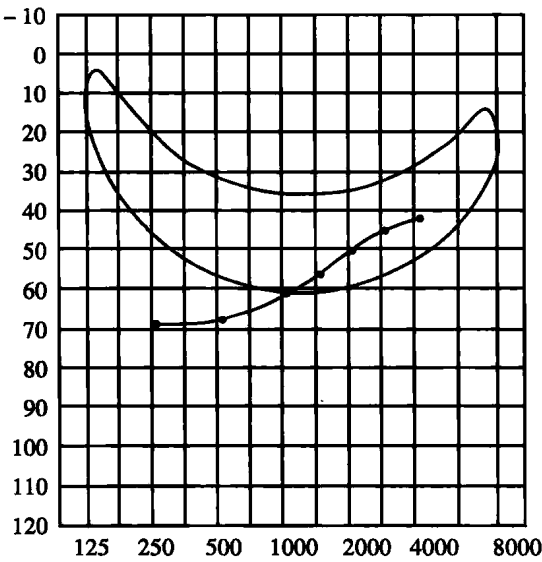
助听器评估报告

评估日期：____年__月__日

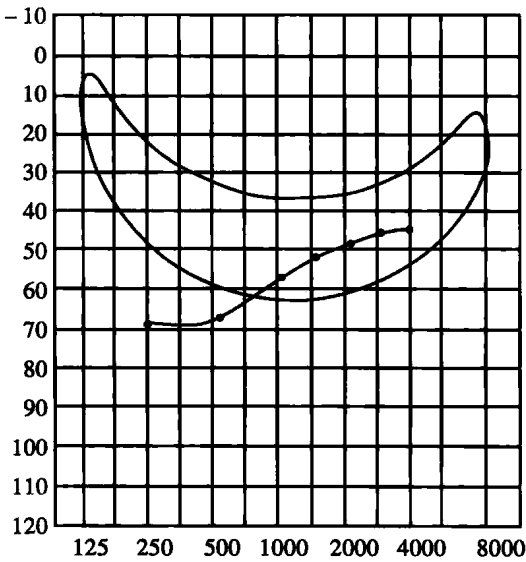
听力计型号：____ 声强标准：SPL ☐ HL ☐

测试音：☐ 纯音 ☐ 啭音 ☐ 窄带噪音 ☐ 滤波复合音

左 耳



右 耳



助听器处方

项目		左耳					右耳				
助听器种类											
厂牌/型号											
系列号											
耳模/声孔											
设置参数	音调										
	音量										
放大类型											
保留增益											
声输出控制											
助听效果											

验配单位：_____

2

听力测试

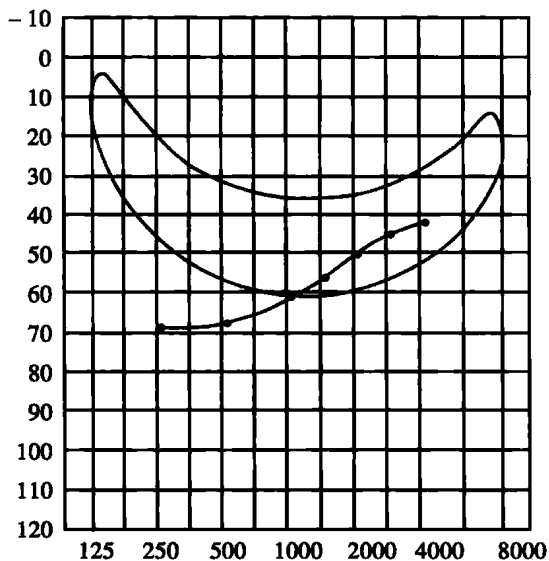
测试项目	脑干诱发电位 (阈值 dB)	多频稳态电位 (阈值 dB)	纯音听阈均值 (dBHL)			视觉强化测听 (dB HL/SPL)
左耳						
右耳						
声导抗鼓室压图		A 型 ☐	B 型 ☐	C 型 ☐	其它 ☐	
耳声发射				通过 ☐	不通过 ☐	

助听器评估报告

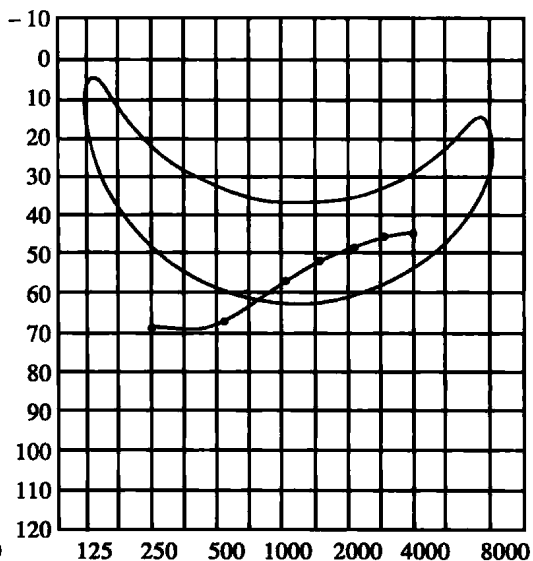
评估日期：____年__月__日

听力计型号：____ 声强标准：SPL ☐ HL ☐测试音：☐ 纯音 ☐ 啞音 ☐ 窄带噪音 ☐ 滤波复合音

左 耳



右 耳



助听器处方

项目		左耳					右耳				
助听器种类											
厂牌/型号											
系列号											
耳模/声孔											
设置 参数	音调										
	音量										
放大类型											
保留增益											
声输出控制											
助听效果											

验配单位：_____

3

听力测试

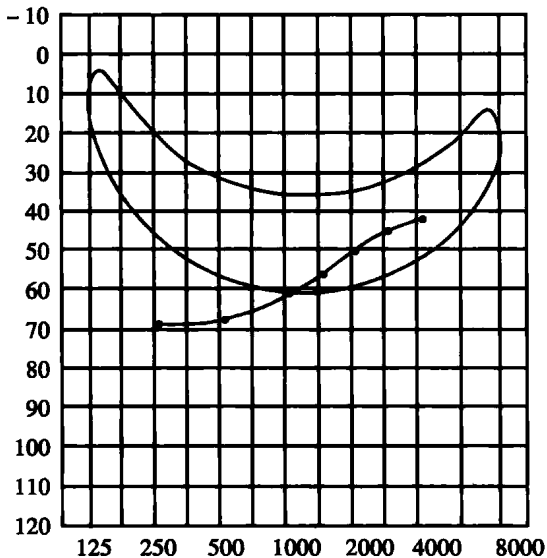
测试项目	脑干诱发电位 (阈值 dB)	多频稳态电位 (阈值 dB)	纯音听阈均值 (dBHL)			视觉强化测听 (dB HL/SPL)
左耳						
右耳						
声导抗鼓室压图		A 型 ☐	B 型 ☐	C 型 ☐	其它 ☐	
耳声发射				通过 ☐	不通过 ☐	

助听器评估报告

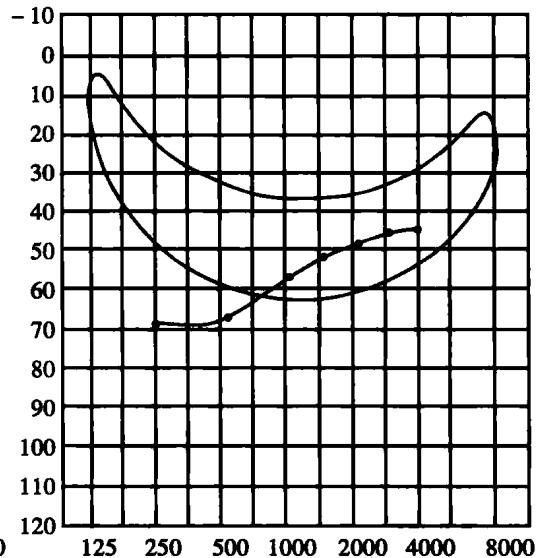
评估日期：____年__月__日

听力计型号：____ 声强标准：SPL ☐ HL ☐测试音：☐ 纯音 ☐ 啖音 ☐ 窄带噪音 ☐ 滤波复合音

左 耳



右 耳



助听器处方

项目		左耳					右耳				
助听器种类											
厂牌/型号											
系列号											
耳模/声孔											
设置参数	音调										
	音量										
放大类型											
保留增益											
声输出控制											
助听效果											

验配单位：_____

4

听力测试

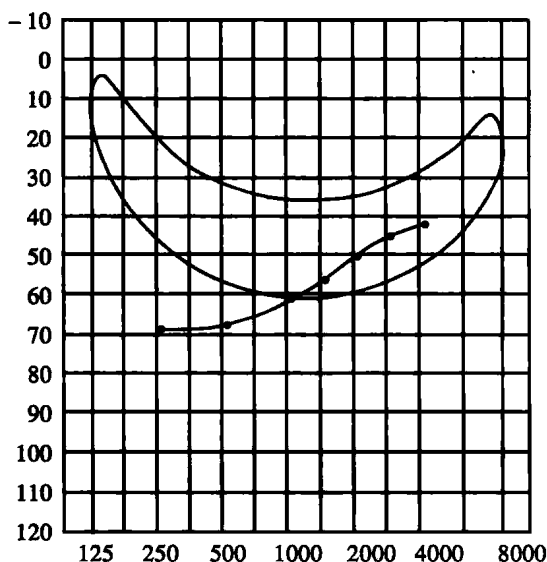
测试项目	脑干诱发电位 (阈值 dB)	多频稳态电位 (阈值 dB)	纯音听阈均值 (dBHL)			视觉强化测听 (dB HL/SPL)
左耳						
右耳						
声导抗鼓室压图		A 型 ☐	B 型 ☐	C 型 ☐	其它 ☐	
耳声发射				通过 ☐	不通过 ☐	

助听器评估报告

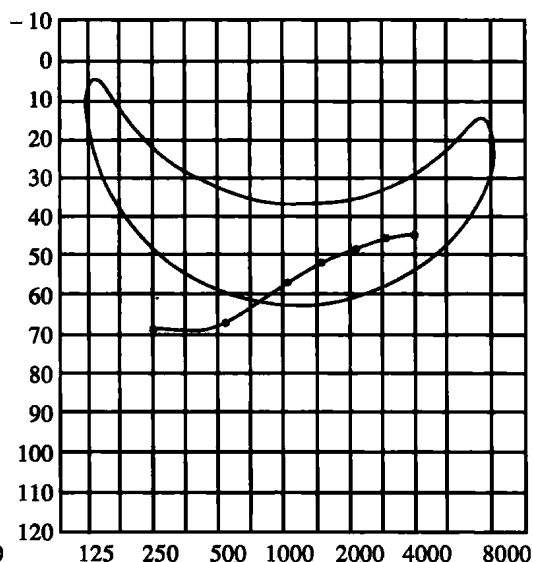
评估日期：____年__月__日

听力计型号：____ 声强标准：SPL ☐ HL ☐测试音：☐ 纯音 ☐ 啞音 ☐ 窄带噪音 ☐ 滤波复合音

左 耳



右 耳



助听器处方

项目		左耳					右耳				
助听器种类											
厂牌/型号											
系列号											
耳模/声孔											
设置 参数	音调										
	音量										
放大类型											
保留增益											
声输出控制											
助听效果											

验配单位：_____

5

听力测试

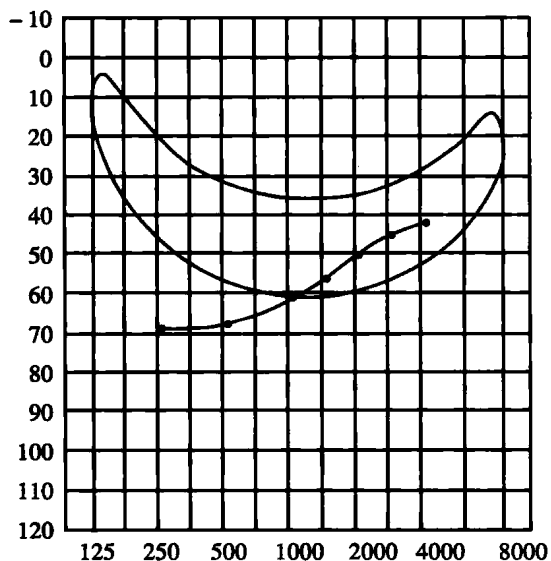
测试项目	脑干诱发电位 (阈值 dB)	多频稳态电位 (阈值 dB)	纯音听阈均值 (dBHL)		视觉强化测听 (dB HL/SPL)
左耳					
右耳					
声导抗鼓室压图		A 型 ☐	B 型 ☐	C 型 ☐	其它 ☐
耳声发射				通过 ☐	不通过 ☐

助听器评估报告

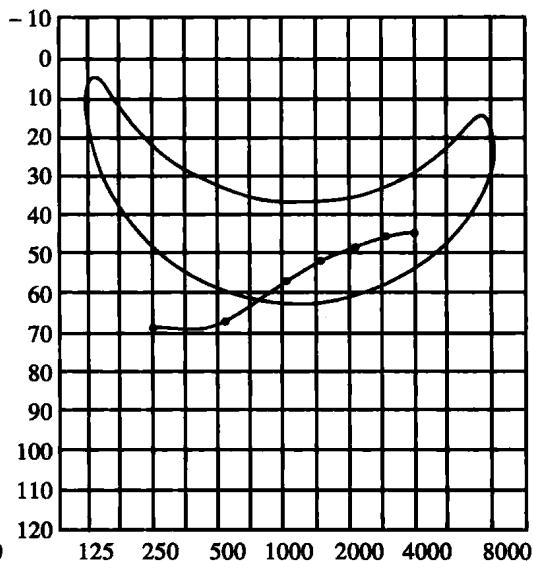
评估日期：____年__月__日

听力计型号：____ 声强标准：SPL ☐ HL ☐测试音：☐ 纯音 ☐ 啮音 ☐ 窄带噪音 ☐ 滤波复合音

左 耳



右 耳



助听器处方

项目		左耳					右耳				
助听器种类											
厂牌/型号											
系列号											
耳模/声孔											
设置参数	音调										
	音量										
放大类型											
保留增益											
声输出控制											
助听效果											

验配单位：_____