

※ 3歳6か月児健診を受ける前に記入及び実施して、受診当日ご持参ください。

受付番号

お子さんの耳の聞こえについてのアンケート

お子さんのお名前 ()

お子さんの生年月日 (年 月 日生)

ご記入者の続柄 ()

☆ お子さんについて、当てはまる答えを○で囲んでください。

質問事項	回答欄	
① 家族、親類の方に、小さいときから耳の聞こえのわるい方がいますか。	いいえ	はい
② 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	いいえ	はい
③ 日常的に鼻づまり、鼻汁、口呼吸、声がかれることが多いですか。	いいえ	はい
④ 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえがわるいと思うときがありますか。	いいえ	はい
⑤ 保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいといわれたことがありますか。	いいえ	はい
⑥ 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。	いいえ	はい
⑦ あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。	ない	ある

☆ ささやき声検査の結果

事前にご家庭での実施をお願いします。

絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。

正しく絵をさせれば○、聞き返したり間違えた場合には×を記入してください。

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす