

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 (平成 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 ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどかれがありますか。 | 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

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 |
|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | |

(以下は大津市総合保健センターで記載しますので記入は不要です。)

ささやき声による聴覚検査 不要 要 (/ 6)