

儿童耳朵听力问卷调查表

受理编号

儿童姓名 ()
 儿童出生年月日 (平成 年 月 日生)
 表格填写者亲属关系 ()

☆ 针对儿童调查，请圈选符合选项。

询问事项	回答欄	
① 家族亲戚里是否有人从小听力不好的人?	没有	有
② 目前为止是否有曾罹患中耳炎好几次?	没有	有
③ 平常是否会鼻塞流鼻水，用嘴巴呼吸，常感觉喉咙干渴?	不会	会
④ 会不会呼叫没有反应，即使电视声音大声也听不到，感觉听力不好?	不会	会
⑤ 有没有被幼稚园的老师或其它与儿童接触的人说听力不好的问题?	没有	有
⑥ 对于说话是否有延迟发声或发音奇怪或其他介意的地方?	没有	有
⑦ 会不会对于你说话时如没有加动作就不能理解说话内容?	不会	会

☆ 耳语检查结果

切记图示名称只说一次，即使被儿童反问，也不能重复说明!!

回答正确时请打○，如有反问或回答错误时请打×。

小狗	鞋子	雨伞	大象	小猫	椅子

(以下是天津市保健中心填写栏位，请勿填写!)

耳语测试听力检查 不要 要 (/ 6)