아이의 청각에 관한 앙케트

접수번호

아이 성명 (　　)
아이 생년월일 (　　년　　월　　일생)
기입자와의 관계 (　　)

☆ 아이에 대해서 해당하는 것에 ○을 치십시오.

질 문 사 항	회 답 란	
① 가족、친척중에 어릴때부터 귀가 잘 안 들리는 분이 있습니까?	아니오	예
② 몇번이나 중이염에 걸린 적이 있습니까?	아니오	예
③ 평상시에 코가 막히거나, 콧물이 나거나, 입으로 숨을 쉬거나, 목이 쉬는 경우가 있습니까?	아니오	예
④ 불러도 대답을 하지 않거나, 되묻거나, 텔레비전 소리를 크게 하거나, 잘 안들린다고 느낄 때가 있습니까?	아니오	예
⑤ 탁아소의 보육사등, 아이와 접하는 사람으로부터 잘 안들리는 것 같다는 말을 들은 적이 있습니까?	아니오	예
⑥ 일상 회화에서, 말이 뒤지거나, 발음이 이상하다는등, 마음에 걸리는 점이 있습니까?	아니오	예
⑦ 당신이 하는 말의 의미가, 동작등을 더하지 않으면 소통이 안되는 경우가 있습니까?	없다	있다

☆ 속삭임 검사 결과

아래 그림의 이름을 말하는 것은 한번 만입니다. 되묻더라도 반복해서 말하지 마십시오.
정확하게 그림을 가리키면 ○을、되묻거나 틀린 경우에는 ×를 기입해 주십시오.

개	구 두	우 산	코끼리	고양이	의 자

(이하의 란은 오오츠시 종합보건센터에서 기재하므로 기입하지 마십시오.)

속삭임 청각검사　□ 불요　□ 요 (　／ 6)