

자녀분의 이름		남·여	년 월 일생
세대주의 성명		TEL	
주소			
검사 실시일	년 월 일 (시험 실시 일의 연령 개 월)		

**<설문 조사>**

자녀에 대한 해당 부분을 ○로 둘러싸 주십시오.

- |                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| 1 현재, 삼출성 중이염의 치료를 받고 있습니까?      | 받고 있지 않다 · 받고있다   |
| 2 중이염에 몇번이나 들었습니까.               | 걸리지 않았다 · 걸렸다 (회) |
| 3 평소 입을 벌리고 숨을 쉬고 있습니까?          | 하고 있지 않다 · 하고 있다  |
| 4 항상 코를 꿇고 있습니까?                 | 코를 골지 않다 · 코를 골다  |
| 5 항상 콧물을 내고 있고, 코막힘이 있습니까?       | 없다 · 있다           |
| 6 언어의 자연이나 발음에 걱정이 있습니까?         | 없다 · 있다           |
| 7 세 어문을 할 수 있습니까?                | 말할수 있다 · 말할 수없다   |
| 8 소리가 들리는 상태가 나빠졌다고 생각한 적이 있습니까? | 없다 · 있다           |

예를 들면 「이름을 불러도 좀처럼 뒤돌아보지 않음 」 「잘 되묻는다. 」 「텔레비전의 볼륨을 항상 크게하거나 가까이서 본다. 」 등

**<소리의 검사>**

1 손가락 마찰에 의한 소리의 검사  
우측의 □ 속에 들리면 ○, 들리지 않는 듯하면×,  
모르는 경우 △를 체크해 주십시오

오른쪽 귀	왼쪽 귀

2 속삭임소리에 의한 소리의 검사

아래의 □ 안에 올바른 그림을 가리키면 ○, 다른 그림을 가르키거나 가르키지 못했을때는 ×를 표시해 주시기 바랍니다. 또한 검사를 잘 실시하지 못했을 경우에는 빈칸으로 유지하시기 바랍니다.

[첫번째]

TSUMIKI	JŪSU	KIRIN	UMA	OFURO	BŌRU

[두번째]

TSUMIKI	JŪSU	KIRIN	UMA	OFURO	BŌRU

이번에 자녀분의 소리 검사를 받고 알게 된 점이나 자녀분의 청력에 대한 질문이 있으면 기입해 주시기 바랍니다.