

お子さんの名前		男・女	平成	年	月	日生	
世帯主の氏名		TEL	-	-			
住 所							
検査実施日	平成	年	月	日	(検査実施日現在の年齢	歳	か月)

<アンケート>

お子さんについて、当てはまるところを○で囲んでください。

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| 1 現在、滲出性中耳炎の治療を受けていますか。 | 受けていない・受けている |
| 2 中耳炎に何度もかかりましたか。 | かからなかった・かかった (回) |
| 3 ふだん口をあけて息をしていますか。 | していない・している |
| 4 いつも、いびきをかきますか。 | かかない・かきます |
| 5 いつも鼻汁を出していたり、鼻づまりがありますか。 | ない・ある |
| 6 ことばのおくれや発音のしんぱいがありますか。 | ない・ある |
| 7 三語文が話せますか。 | 話せる・話せない |
| 8 耳の聞こえが悪いように思ったことがありますか。 | ない・ある |

〔例えば、「名前を呼んでもなかなか振り向かない。」「よく聞き返す。」「テレビの音をいつも大きくしたり、近づいて見たりする。」など〕

<聞こえの検査>

- 1 指こすりによる聞こえの検査
 右記の□の中に、聞こえていけば○、聞こえていない
 ようなら×、わからない場合は△をつけてください。

右耳	左耳

- 2 ささやき声による聞こえの検査
 下記の□の中に正しい絵を指さしたら○、ちがう絵を指さしたり、指差しをしなかった時は×をつけてください。また、検査がうまく行えなかった時は未記入のままにしてください。

【1回目】

ツミキ	ジュース	キリン	ウマ	オフロ	ボール

【2回目】

ツミキ	ジュース	キリン	ウマ	オフロ	ボール

今回、お子さんに聞こえの検査をされて、お気づきになった点やお子さんの聴力についてご質問がありましたらご記入ください。