

| | | | |
|----------------------------------|---|-----------|-----------------------------|
| Nome da criança | | Mas · Fem | Heisei Ano___ mês___ dia___ |
| Nome do responsável pela família | | TEL | — — |
| Endereço | | | |
| Data do exame | Heisei Ano___ mês___ dia___ (Idade no dia do exame:___ anos___ meses) | | |

<Enquete>

Faça um círculo na opção adequada com relação à criança.

- 1 Está recebendo tratamento para Otite Média com secreção? Sim · Não
- 2 Já teve Otite Média várias vezes? Não · Sim (___vezes)
- 3 Normalmente respira de boca aberta? Não · Sim
- 4 Ronca sempre? Não · Sim
- 5 Sempre tem escorrimento nasal ou nariz entupido? Não · Sim
- 6 Tem preocupação com atrasos na fala ou na pronúncia? Não · Sim
- 7 Conseguir falar frases de 3 palavras? Sim · Não
- 8 Já chegou a achar que ele(a) não ouve bem? Não · Sim

(Por exemplo, “ao chamá-lo(a) não se vira para mim” , ou “muitas vezes pergunta-me novamente” ,
ou “aumenta o som da tv e vai assistir de perto” , etc.)

<Teste de audição>

- 1 Teste de audição pelo esfregar dos dedos.
Preencha a tabela à direita com um círculo “○” se estiver ouvindo, com um x “×” se acha que não está ouvindo, e com um triângulo se não souber direito.

| Ouvido direito | Ouvido esquerdo |
|----------------|-----------------|
| | |

- 2 Teste de audição pelo sussurro.

Na tabela abaixo, marque com um círculo “○” se apontar a figura certa, com um x “×” se apontar para a figura errada ou não apontar nada. Além disso, caso o teste não dê muito certo, deixe em branco.

| | | | | | | |
|-------------|---------|------|-------|-----|-------|------|
| 【 1 a. vez】 | TSUMIKI | JŪSU | KIRIN | UMA | OFURO | BŌRU |
| | | | | | | |
| 【 2 a. vez】 | TSUMIKI | JŪSU | KIRIN | UMA | OFURO | BŌRU |
| | | | | | | |

Se tem alguma pergunta com relação à audição da criança ou algo que percebeu através desse teste, escreva abaixo.