

聞こえかた と 言葉 の調査

お子さんは、耳がよく聞こえますか。聞こえかたや言葉に問題があれば早く検査を受けて、すぐ治療や教育をはじめる必要があります。検査の結果については、専門医が判定した後、再検査が必要な方には検査機関から後日通知いたします。

下の質問に該当するものに○をつけ、あるいは（ ）にご記入ください。

ふりがな お子さんの氏名	男 令和 年 月 日生 女
保護者氏名	
再検査通知時の送付先住所	〒 区 ☎ - -

- I. 聞こえかたについて。
- 1. ふつうである。
 - 2. 少し耳がとおいのではないかと思うことがある。
 - ①呼んでも返事をしないことが多い。
 - ②話しかけた時、聞き返すことが多い。
 - ③テレビの音をふつうより大きくして聞きたがる。
 - 3. 片方の耳がとおいのではないかと思うことがある。
 - 4. かなり（またはひどく）聞こえないと思われる。
- II. 中耳炎や他の耳の病気をしたことがありますか。
- 1. ある
 - ①治療中（病名 医療機関名）
 - ②経過観察中（病名 医療機関名）
 - ③治療終了（病名 医療機関名）
 - （いつ頃： ）
 - 2. なし
- III. ご家族、親類の方に生まれつき耳のとおい人はいませんか。
- 1. い る（お子さんとの続柄 _____, その人の年齢 _____ 歳）
 - 2. いない
- IV. お子さんの話しかたについて。
- 1. ふつうである。
 - 2. 発音のまちがいが多すぎる。
 - 3. ひどくつかえる。
 - 4. 吃音（話し始めの言葉を繰り返す、伸ばす、つまる）。
 - 5. 言葉がつながらない。（単語のみ）
 - 6. 何を言っているのか他人にはわからない。
 - 7. いつもほとんど話さない。
 - 8. いつも鼻声。
 - 9. とてもゆっくり話す。
 - 10. その他（ _____ ）

V. その他、聞こえかたと言葉について気になることや心配なことがありましたら記入してください。

VI. その他の専門機関（ヒヤリングセンター、発達相談支援センター、その他）で相談を受けた場合は、くわしく記入してください。

VII. 保健師等記入欄

区役所保健福祉センター 総合支所保健福祉課
健診日：令和 年 月 日
受付No：

T・G 貼付欄

※この欄には記入しないでください

アンケート	正 常・異 常
T G	右 pass・B・C2・無
	左 pass・B・C2・無
判定	・異 常 な し ・耳 鼻 科 受 診 勧 奨 ・精 密 健 康 診 査