

問 診 票 ⑤

記入日： 年 月 日
 記入者： 父 ・ 母 ・ その他()

わ か る 範 囲 で ご 記 入 く だ さ い

◆ 所属先(保育園名、幼稚園名、学校名等) ※所属がない場合は「なし」とご希望ください。

◆ 本日の受診・利用の目的を教えてください

◆ お聞きになりたいこと

☐診断名を知りたい ☐対応を知りたい ☐その他 ()

◆ ほかの医療機関などで相談あるいは診察を受けたことはありますか？

☐なし

☐あり → どのように言われましたか？

()

◆ 聴こえが心配になった理由をお聞かせください

☐聴力検査で問題があった ☐家族や親せきに難聴の人がいる
☐呼んでも反応しないことがある ☐TV の音が大きい ☐声が大きい
☐聞き返しが多い ☐雑音がある場所での聞こえの反応が悪い
☐聴こえにくいのでは、と言われた ☐その他 ()

◆ 発音で気になることはありますか？

◆ 吃音はありますか？

☐はい ()

☐いいえ

次のページに続く

難聴と診断されている方は以下の質問にお答えください

◆ 診断名

右 ・ 左 （ ）

◆ 診断された年齢 （ ）歳（ ）か月

◆ 診断された経緯

（例）新生児の聴力検査で再検査になり、診断された

◆ 聴力の程度

右 （ ）dB

左 （ ）dB

◆ 補聴器の使用

☐なし

☐あり 右 ・ 左

使用開始時期 （ ）年（ ）か月頃

（ ）歳（ ）か月

◆ 人工内耳を使用している方へ

手術の時期 （ ）年（ ）か月頃

（ ）歳（ ）か月

手術を受けた医療機関（ ）

◆ 現在の主治医（医療機関名）

（ ）

◆ 訓練を受けたことはありますか？

☐はい

☐いいえ

◆ 発達検査（新版K式、田中ビネー検査など）を受けたことはありますか？

☐なし

☐あり → いつ（ ）年（ ）月（ ）日） 検査名（ ）

ありがとうございました。