



お子さんの耳に関するアンケート

お子さんのお名前 ()

◆ 次の問いにお答えください。

- 1. 聴力検査をしましたか。 はい ・ いいえ
- 2. 聴力検査の方法を理解できましたか。 はい ・ いいえ

◆ 聴力検査の結果をお知らせください。

6個の絵の名前を、正しく指させれば下の表に○、正しくなければ×を記入します。

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

◆ 次の1~7について「いいえ」または「はい」に○印を付け、8の項目も必要に応じてご記入ください。

- 1. 家族、親類の方に小さい時から耳の聞こえの悪い方がいますか。 いいえ ・ はい
- 2. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。 いいえ ・ はい
- 3. ふだん鼻づまり、鼻水を出す、口で息をしている、のどれかがありますか。 いいえ ・ はい
- 4. 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえの悪いと思うときがありますか。 いいえ ・ はい
- 5. 保育所の保育士などお子さんに接する人から、聞こえが悪いと言われたことがありますか。 いいえ ・ はい
- 6. 話し言葉について遅れている、発音がおかしいなど気になることがありますか。 いいえ ・ はい
- 7. あなたのいうことばの意味が動作等を加えないと伝わらないことがありますか。 いいえ ・ はい
- 8. その他、耳について気になることがあればお書きください。

お子さんの目に関するアンケート



◆ 次の問いにお答えください。

- 1. 視力検査をしましたか。 はい ・ いいえ
- 2. 視力検査の方法を理解できましたか。 はい ・ いいえ

◆ 視力検査の結果をお知らせください。

検査用の視標が2.5mで正しく見えたら○を、見えなかったら×を記入してください。

両目	右目	左目

上、下、左、右の4方向のうち、「3方向以上」正解は○を、正解が「2方向以下」のときは×を記入します。

◆ 次の1~5について「いいえ」または「はい」に○印を付け、6の項目も必要に応じてご記入ください。

- 1. 目付きがおかしいですか。 いいえ ・ はい
- 2. まぶしがりますか。 いいえ ・ はい
- 3. 目を細めて見ますか。 いいえ ・ はい
- 4. 物に近づいて見ますか。 いいえ ・ はい
- 5. 頭を傾けたり、横目で見たりしますか。 いいえ ・ はい
- 6. その他、目について気になることがあればお書きください。

※こちらには記入しないでください

	右目	左目
ドットカード	0.6・()	0.6・()

