

きこえとことば・見えかた相談会 **きこえとことば**相談票

記入者氏名 (続柄) 記入年月日 年 月 日

氏名		性別	所属学校園 学年等
生年月日			

※教育相談の参考にしますので、以下の質問事項に分かる範囲でお答えください。

1 日常生活で、気になる項目があれば、□に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 会話の時、きき返すことがよくある。 <input type="checkbox"/> 会話の時、きき間違いをすることがよくある。 <input type="checkbox"/> 話し声が大きい。 <input type="checkbox"/> 状況判断で（周りの様子を見て）動いていることが多い。 <input type="checkbox"/> 口元（くちもと）をじっとみて話を聞きたがる。	<input type="checkbox"/> 発音が不明瞭である。 <input type="checkbox"/> テレビの音を大きくしたがる。 <input type="checkbox"/> 雑音があるとよく聞き取れない。 <input type="checkbox"/> 後ろから呼びかけると気づかないことがある。 <input type="checkbox"/> 一方の耳で音をききたがる。 <input type="checkbox"/> 中耳炎を繰り返す。
---	--

2 生育歴について、以下の項目に答えてください。（母子健康手帳等をご確認ください。）

●生まれた病院はどこですか。 【 】

〔出生体重： g 在胎期間： 週 日〕

●産科で新生児聴覚スクリーニング検査を受けましたか。 【 受けた 受けていない わからない 】

●上記で「受けた」と回答した方のみ以下の項目に答えてください。

・医療機関名 【 】

・検査の種類 【 O A E 自動 A B R わからない 】

・検査結果 【 問題なし 再検査 】

3 耳鼻咽喉科への受診について、以下の項目に答えてください。

●耳鼻咽喉科を受診したことがありますか。 【 ある ない 】

●上記で「ある」と回答した場合のみ、以下の項目に答えてください。

・受診した理由（診断結果） 【 】

・きこえの検査結果

A B R	【右	dB	左	dB】
A S S R	【右	dB	左	dB】
聴力検査	【右	dB	左	dB】

4 補聴器を使用している場合は以下の項目に答えてください。

●補聴器を使用している耳 【 両耳 片耳（右耳 左耳） 交互 】

●いつから補聴器を使用していますか。 【 年 月 から 】

●使用している補聴器の種類を教えてください。 耳かけ式補聴器 耳穴式補聴器 箱型補聴器
骨伝導型補聴器 人工内耳
補聴援助システム

きこえとことば・見えかた相談会 **見えかた**相談票

記入者氏名 (続柄) 記入年月日 年 月 日

氏名		性別	所属学校園 学年等
生年月日			

※教育相談の参考にしますので、以下の質問事項に分かる範囲でお答えください。

1 日常生活で、気になる項目があれば、□に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 離れたところを見るとき、目を細めたり、顔を傾けたりする。 <input type="checkbox"/> テレビや本に顔を近づけて見ることが多い。 <input type="checkbox"/> 注意して見ようとするとき、眼球が揺れているように感じる。 <input type="checkbox"/> 見ようとするものに、視線が合わない。または合いにくい。 <input type="checkbox"/> 光があたると、とてもまぶしがる。 <input type="checkbox"/> 細かな作業が苦手で、すぐに疲れてしまう。 <input type="checkbox"/> 運動はどちらかというと苦手。 <input type="checkbox"/> 特にボール競技では、ボールの動きについていけない様子が見られる。 <input type="checkbox"/> 階段の下りが苦手。 <input type="checkbox"/> 足元の色が変わる、あるいは急に明暗が変わる場所で立ち止まることがある。 <input type="checkbox"/> 人や物とよくぶつかる。 <input type="checkbox"/> 人混みが苦手。 <input type="checkbox"/> テレビを見たり、本を読んだりするとき、顔を傾けたり、横目で見たり、本を動かしたりする。 <input type="checkbox"/> 目が内に寄ったり、外に寄ったりして、両方の目が同じ方向を向いていないように感じる。 <input type="checkbox"/> 探し物が苦手。 <input type="checkbox"/> 見るより、聞くほうが得意そうである。 <input type="checkbox"/> 色をよく間違えることがある。

2 生育歴について、以下の項目に答えてください。(母子健康手帳等をご確認ください。)

●生まれた病院はどこですか。	【		】
	〔出生体重:	g	在胎期間: 週 日〕

3 眼科への受診について、以下の項目に答えてください。

●眼科を受診したことがありますか。	【	ある	ない	】
●上記で「ある」と回答した場合のみ、以下の項目に答えてください。				
・受診した理由 (診断結果)	【		】	
・視力検査の結果	【右	()	左	()】
		※ () 内は、眼鏡をかけた時の視力		

4 眼鏡を使用している場合は以下の項目に答えてください。

●眼鏡を使用している理由を教えてください。	【	近視	遠視	乱視	その他 ()	】
●いつから眼鏡を使用していますか。	【		年	月	から	】