

きこえとコミュニケーションに関するアンケート

年 月 日記入

お名前： (男・女) 生年月日： 年 月 日生 (歳)

ご所属： なし / 保育園 / 幼稚園 / 学校

お住まいの市区町村： 最寄駅 ()

お子様がお生まれになってからのご様子、聞こえやことば、コミュニケーションのご様子をお書きください。これからの療育の目標等を立てる上で大切な資料とさせていただきます。なお、お書きくださった内容について、固く秘密を守ります。できるだけ詳しくお書きください。

○難聴の診断について

これまで受けた検査や診断について記入してください。

	受けた場所・時期	結果
新生児聴覚スクリーニング検査		未受検・パス・要精査(右・左)
聞こえについての精密検査	記入例：A大学病院・0歳2ヶ月	ABR 右 80 dB / 左 95 dB ABR 右 dB / 左 dB ASSR 右 左 OAE 右 左 スピーカでの聴力検査 dB 片耳ずつの聴力検査 右 dB / 左 dB
難聴の原因についての検査		CT MRI へその緒 遺伝子
診断		感音性 / 伝音性 / 混合性 / 他 軽度 / 中等度 / 高度 / 重度 / dB程度

○現在の聞こえ

現在の聴力 (右： dB ・ 左： dB)

使用機種 右 補聴器 ・ 人工内耳 ・ なし (機種名)

左 補聴器 ・ 人工内耳 ・ なし (機種名)

○難聴以外について

難聴以外のことで、これまで相談や診断されたことがありましたらお書きください。

年齢	受けた場所	診断・判定の結果
記入例 2 歳 8 ヶ月時	区立発達相談センター	発達検査 やや遅れあり
3 歳 1 ヶ月時	Bクリニック	自閉症疑い
歳 ヶ月時		
歳 ヶ月時		
歳 ヶ月時		
歳 ヶ月時		
歳 ヶ月時		

○ご家族について

お名前	続柄	職業	健康状態

○お子様のことばやコミュニケーションで気になること、伸ばしたい面

[]

○療育のご希望について

通所可能な曜日 : [月・火・水・木・金・土]

通所可能な時間帯 : [~]

内容 (個別、集団等) []

ご希望の曜日・時間帯に空きがない場合、待機を 希望する ・ 希望しない