きこえとことば・見えかた教育相談会　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　日常の生活で、気になる項目があれば、□に☑をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| □会話の時、きき返すことがよくある。□会話の時、きき間違えをすることがよくある。□話し声が大きい。□状況判断で（周りの様子を見て）動いていることが多い。　　□口元（くちもと）をじっとみて話を聞きたがる。 | □発音が不明瞭である。□テレビの音を大きくしたがる。□雑音があるとよく聞き取れない。□後ろから呼びかけると気づかないことがある。□一方の耳で音をききたがる。　□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うけましたか。 　【 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　　　 　【 ＯＡＥ 自動ＡＢＲ 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　　　　　　　　　　　　　ＡＢＲ 　【右　　　　　dB　 　左　　　　　dB】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＡＳＳＲ　【右　　　　　dB　　 左 　 　　dB】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　聴力検査　【右　　　　　dB　　 左 　 　dB】 |

４　補聴機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 】●使用している補聴機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　 |