

袋井市補聴器装用モニターアンケート調査（補聴器使用前）

氏 名		年 齢		申請日	年 月 日
-----	--	-----	--	-----	-------

1 耳の聞こえについてお聞きします。（あてはまるところに○をつけてください。）

質 問 項 目		はい	とき どき	いいえ
1	初対面の人と会うとき聞こえないことで気まずい思いをすることがありますか？			
2	友人や親類、近所の人と話をするとき、聞き取れなくて困ることがありますか？			
3	家族と話をするとき、聞こえないことでストレスを感じますか？			
4	聞こえのことで家族と口論になることがありますか？			
5	小声で話しかけられると、聞き取りにくいことがありますか？			
6	レストランなどで、話し声が聞き取れないと感じることがありますか？			
7	ラジオやテレビの音が聞き取りにくいことがありますか？			
8	聞こえないことで、不利益があると感じることはありませんか？			
9	よく聞こえないことを理由に集会や会合への出席をためらうことがありますか？			
10	聞こえないことで、やりたいことが十分にできないと感じますか？			

※HHIE（聴覚コミュニケーション障害に対する自覚的評価法の検討）

2 社会参加の状況についてお聞きします。（あてはまるところに○をつけてください。）

社会活動		なし	週 1 回程度	週 3 回程度	週 5 回程度	ほとんど毎日
1	収入を伴う仕事（就業）					
2	自治会・ボランティア活動					
3	趣味活動や習い事					
4	近隣や友人との付き合い					
5	その他 ()					

3 補聴器を購入するきっかけについてお聞きします。

購入するきっかけに○をつけてください(いくつでも可)	
1 聞こえが悪くなったから	2 耳鼻咽喉科医師からのすすめ
3 かかりつけ医からのすすめ	4 認定補聴器技能者からのすすめ
5 家族からのすすめ	6 友人・知人からのすすめ
7 本やインターネットなどで情報収集をして	
8 その他 ()	

4 補聴器に対するイメージについてお聞きします。

当てはまるイメージについて、○をつけてください(いくつでも可)	
1 聞こえがよくなる	2 使うことで生活が楽になる
3 シニアが使っているイメージ	4 煩わしい
5 見た目が気になる	6 使い方が難しそう
7 その他 ()	