

袋井市加齢性難聴者補聴器助成事業アンケート調査（補聴器装用前）

氏名		年齢		申請日	年 月 日
----	--	----	--	-----	-------

1 あなたのこと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		回答内容		
1	補聴器の装用は初めてですか	1 はい	2 いいえ(約 年間)	
2	物忘れをすることがありますか	1 ある	2 ない	
3	外出の頻度について、昨年より減っていますか	1 減った	2 変化なし	3 増えた
4	人と会うことが嫌になることがありますか	1 ある	2 ときどき	3 ない

2 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	ある	ときどき	いいえ
1 友人や親せきなどと話すとき、聞き取れないことがある			
2 会話の際、聞こえないことでストレスを感じることもある			
3 小声での会話が聞きとりにくいと感じることがある			
4 大人数いる場での会話が聞き取りにくいと感じることがある			
5 テレビやラジオの音が聞き取りにくいと感じることがある			
6 聞こえないことでやりたいことが十分にできないことがある			

3 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日程度	週3日程度	週5日程度	ほとんど毎日
1 外出の頻度(買い物など)					
2 自治会・ボランティア活動					
3 趣味や習い事					
4 収入を伴う仕事					

4 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 その他 ()	

5 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 わずらわしい
5 見た目が気になる	6 使い方が難しそう
7 その他 ()	