お子様の耳に関するアンケート　2歳半

ふりがな		
お子様の名前		歳　か月

No.

●お子様について、あてはまる答えを〇で囲んでください。

	質問事項	答え	
1	家族、親族の方に小さい時から耳の聞こえが悪い方がいますか	はい	いいえ
2	中耳炎に何回かかかったことがありますか	はい	いいえ
3	ふだん鼻づまり、鼻汁を出す、口で息をしている、声がかすれることがありますか	はい	いいえ
4	呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思う時がありますか	はい	いいえ
5	保育所の保育士など、お子様に接する人から聞こえが悪いと言われたことがありますか	はい	いいえ
6	話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか	はい	いいえ
7	あなたのいう言葉の意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか	はい	いいえ

／6　　スタッフサイン（　　）

R6.3
野洲市健康推進課