

⑤

お子さんの耳に関するアンケート

「お子さんの健康状態を確かめ、目や耳の異常を早く見つけましょう」をご確認の上、
記入してください。

お子さんの名前()

次の質問についてお子さんにあてはまるところを○で囲んでください。

1. 聴覚自己検査についてうかがいます。

正しく指せれば○、正しく指せなければ×を記入してください。

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

2. 家族・近い親類の方に、小さいときから耳の聞こえのわるい方が、

おられますか。

はい いいえ

3. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。

はい いいえ

4. ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどかれがあり
ますか。

はい いいえ

5. 呼んで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、聞こえがわるいと思うときがありますか。

はい いいえ

6. 保育園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいと
言われたことがありますか。

はい いいえ

7. 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

8. あなたの言うことばの意味が、動作などをくわえないと伝わらないこ
とがありますか。

はい いいえ

9. 現在治療中の耳鼻科の病気がありますか。

ある ない

(ある場合は病名:

)

10. その他、耳、鼻、のどに関することで心配なことがあればお書きください。

(

)

裏面にもアンケートがあります

お子さんの目に関するアンケート

お子さんの名 前()

生年月日(H 年 月 日)

次の質問についてお子さんにあてはまるところを○で囲んでください。

1. 視力検査についてうかがいます。

(1) 視力検査ができた。

↓

検査結果はいかがでしたか。
見えたら○を、見えなかったら
×をしてください。

(2) 視力検査ができなかった。

↓

できなかった理由
・まだ難しい
・目隠しを嫌がる (右・左)
・遊んでできない
・その他 ()

輪の 方向				
両目				
右目				
左目				

2. 目が内に寄ることがありますか。

はい いいえ

3. 目が外や上にずれることがありますか。

はい いいえ

4. テレビを見るときに、離れると見にくいようですか。

はい いいえ

5. ものを見るとき、次のような様子をするか。

(1) 顔をしかめたり、目を細めてみる。

はい いいえ

(2) 顔を傾けて見る。

はい いいえ

(3) 顔を回して、横目で見ると。

はい いいえ

(4) あごを引いて、上目使いで見ると。

はい いいえ

6. 明るい戸外で片目をつむりますか。

はい いいえ

7. まぶたが下がっていますか。

はい いいえ

8. じっと見ているときに、目が揺れていますか。

はい いいえ

9. 暗い所で、目が慣れても動きがにぶいですか。

はい いいえ

10. 瞳(黒目の中央)が白っぽく見えることがありますか。

はい いいえ

11. 黒目の大きさが左右で違いますか。

はい いいえ

12. 現在治療中の眼科の病気がありますか。

ある ない

(ある場合は病名:

)

13. その他、目について心配なことがあれば、お書きください。

(

)