

# 補聴器利用促進事業アンケート【補聴器使用前】



生年月日 T・S 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

あてはまる番号にマル○をつけてください 

## 問1 年齢について教えてください（1つ選択）

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 |
| 3. 75～79歳 | 4. 80～84歳 |
| 5. 85歳以上  |           |

## 問2 補聴器購入に当たり、この事業はきっかけとなりましたか（1つ選択）

- |              |             |            |
|--------------|-------------|------------|
| 1. とてもなった    | 2. 少しなった    | 3. どちらでもない |
| 4. あまりならなかった | 5. 全くならなかった |            |

※補聴器を使用していない状態で当てはまるものについて、選択してください。

## 問3 初対面の人と会うとき、耳の聞こえによって、困ったことはありますか（1つ選択）

- |       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

## 問4 家族との会話で、耳の聞こえによってストレスを感じることはありますか（1つ選択）

- |       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|

## 問5 小さな声で話しかけられた時に困ることがありますか（1つ選択）

- |       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1. はい | 2. ときどき | 3. いいえ |
|-------|---------|--------|



**問 13** 本事業をどのように知りましたか（複数選択）

- |         |            |            |           |
|---------|------------|------------|-----------|
| 1. 広報誌  | 2. 市ホームページ | 3. 市公式LINE | 4. 市作成チラシ |
| 5. 医療機関 | 6. 補聴器販売店  | 7. 家族・知人   |           |
| 8. その他（ |            |            | ）         |

**問 14** 耳の聞こえにより困ったことは何ですか（自由記載）

これで終了となります。ご協力ありがとうございました。

※ご記入をいただいた内容は、補聴器利用促進事業の検討資料として使用させていただきます。

**※回収方法→交付申請の際に、『請求書及び領収書』とご一緒にご持参ください。**