

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。