

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6	耳の聞こえにより、不利益を受けたと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7	耳の聞こえにより、友人や親類、近所の人などの会話で困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8	耳の聞こえにより、集会や会合などに出ることをためらうことがありますか（1つ選択）	
1. はい	2. ときどき	3. いいえ
問9	耳の聞こえにより、家族と口論にな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2で、「使用していない」を選択された方はこちらからご回答ください。

問14 どれくらいの期間、補聴器を使用していましたか（1つ選択）

- | | |
|------------|------------|
| 1. 1週間～2週間 | 2. 3週間～4週間 |
| 3. 1か月～2か月 | 4. 3か月以上 |
| 5. その他（ | ） |

問15 補聴器の使用をやめた理由を教えてください（複数選択可）

1. 聞こえが改善しなかったから
 2. 使用することがわずらわしいから
 3. 補聴器を着用することで耳が聞こえにくいことが周囲に知られるから
 4. 使用する必要がなくなったから
 5. その他（
- ）

問16 補聴器購入店で調整をしましたか（1つ選択）

- | | | |
|---------|---------|----|
| 1. 初回のみ | 2. 2～3回 | |
| 3. 4回以上 | 4. その他（ | 回） |

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→同封の返信用封筒にてご返信ください。

なお、投函が難しい場合は、介護福祉課へご相談ください。

（TEL:33-3131 内線 1209、1223、1224）