

補聴器利用促進事業アンケート【補聴器使用后】



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 今回、購入した補聴器はどの耳でお使いですか（1つ選択）

1. 右耳 2. 左耳 3. 両耳

問 2 購入した補聴器はまだ使用していますか（1つ選択）

1. 使用している 2. 必要なときだけ使用している 3. 使用していない

「1. 使用している」「2. 必要なときだけ使用している」

を選択された方は、**問 3** へお進みください。

「3. 使用していない」を選択された方は、4 ページ **問 16** へお進みください。

※補聴器を使用している状態で当てはまるものについて、選択してください。

問 3 補聴器の使い心地はいかがですか（1つ選択）

1. 非常によい 2. なかなかよい 3. どちらでもない
4. あまりよくない 5. 全くよくない

問 4 補聴器に満足していますか（1つ選択）

1. 大変満足 2. まあまあ満足 3. どちらでもない
4. やや不満 5. とても不満

問 12 ラジオやテレビの音が聞こえにくい事がありますか（1つ選択）

1. はい

2. ときどき

3. いいえ

問 13 耳の聞こえによりやりたい事が十分にできないと感ずることがあります
か（1つ選択）

1. はい

2. ときどき

3. いいえ

問 14 レストランやスーパーなどで話がよく聞き取れないと感ずることが
ありますか（1つ選択）

1. はい

2. ときどき

3. いいえ

「難聴障害度質問票（短縮版）HHIE-S」から引用、一部編集

問 15 補聴器の使用によって変化があったことを教えてください
（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→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）

問2で、「3. 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16 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17 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18 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）