

【事前アンケート】

洲本市聴こえGENKI事業 (ヒアリングフレイル事業)



令和 年 月 日

氏名	<input type="text"/>	地区	<input type="text"/>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢	大・昭 年 月 日生 (歳)			電話	<input type="text"/>

① あなたの現在の健康状態は 1、よい 2、まあよい 3、ふつう 4、あまりよくない 5、よくない

② 家族構成は 1、1人暮らし 2、夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) 3、夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) 4、その他

③ あなたは、現在どの程度幸せですか 「とても不幸せ」を0点、「とても幸せ」を10点として何点だと思いますか

0点 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点

聞こえについて		はい	時々	いいえ
④	小さな声で話しかけられた時に困る事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	ラジオやテレビの音が聞こえにくい事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	レストランや食堂などで話がよく聞き取れないと感じる事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	初対面の人と話すときに聞こえない事によって困った事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	友人や親類、近所の人と話していて聞き取れなくて困る事はありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	よく聞き取れないために集会や会合にでることをためらう事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	家族との会話で聞こえない事によってストレスを感じますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪	聞こえない事について家族と口論をする事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫	聞こえない事でやりたい事が十分に出来ないと感じる事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬	聞こえない事で不利益を受ける事がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑭ 補聴器や音を大きくする機器を使ったことはありますか ・ある () ・ない
ある方のみ→ ・毎日使用している ・たまに使用している ・使用していたがやめた

⑮ ヒアリングフレイルのことを知っていましたか ・知っていた ・言葉だけ知っていた ・知らなかった

⑯ 難聴が認知症の大きなリスクであることを知っていましたか ・知っていた ・知らなかった

⑰ 聴こえについて心配なことがあればご記入ください
()

【個人情報の取り扱いについて】

個人が特定されない方法で統計・調査等に活用します。
利用目的以外には使用いたしません。
必要に応じてお電話させて頂く場合がございます。

署名

お問合わせ：洲本市 介護福祉課 長寿支援係 ☎26-0600

