

# 質問票

フリガナ		性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成			年齢 歳
お名前			年	月	日	
ご住所	〒	電話		FAX		
		電話		FAX		
メールアドレス	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 携帯					

個人情報取扱のご了承

質問 1. 耳は現在治療中ですか？

いいえ はい⇒(病名 )

質問 2. 耳の状態についてお知らせください

耳漏 アレルギー 手術経験あり 正常 その他 ( )

質問 3. 耳鳴りはありますか？

ない ある⇒( ) 頃から、右側 左側 両側 常に 時々

質問 4. 聴こえに不自由を感じたのはいつ頃ですか？

( ) 年前から、右耳 左耳 両耳

質問 5. 難聴の原因は何ですか？

年齢とともに 中耳炎 騒音性 突発性 その他 ( )

質問 6. どんな時にお困りですか？

日常会話 仕事 趣味の活動 テレビ電話 病院等での呼出や会話

講演会 会議 その他 ( )

質問 7. 補聴器に関するご要望、ご期待

---



---

質問 8. 補聴器などの使用経験はありますか？

ない ある⇒補聴器 集音機

( ) 年前から 右耳 左耳 両耳 交互に

質問 9. 当社ウェブサイト（ホームページ）をご覧になったきっかけは何ですか？

検索サイトで⇒(どのようなキーワードで： )

その他 ( )

質問 10. ご相談に至る動機は何ですか？

ご自身から ご家族の勧め ご友人の勧め 医師の勧め その他

質問 11. ご来店について

お一人で来店予定 ご家族同伴で来店予定 ご友人様同伴で来店予定

質問 12. 同居しているご家族

ご夫婦でお住まい 2世帯でお住まい お一人でお住まい その他 ( )

質問 13. その他ご質問などございましたら以下へご記入ください

---



---