

保護者各位

【(ถึง)พ่อแม่ / ผู้ปกครองเด็ก】

視力と聴力の調査のお願い

【คำร้องขอการตรวจการมองเห็นและการได้ยิน】

小児療育相談センターでは川崎市からの委託を受けて、3歳児健診を受診するお子さんを対象に、目と耳の異常をできるだけ早期に発見し適切な治療につなげるため、調査と検査を実施しております。

【โซนิ-ริยอวิฑู-โซคัน-เซ็นเตอร์ (ศูนย์บำบัดและแนะแนวเด็ก)】

ได้รับมอบหมายจากเมืองคาซากิเพื่อตรวจการมองเห็นและการได้ยินของเด็กที่ได้รับการตรวจสุขภาพสำหรับเด็กอายุ 3 ปี เพื่อตรวจสอบความคิดปกติในตาและหูตั้งแต่เนิ่น ๆ และให้พวกเขาได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม】

ご家庭で検査を行い、最後のページにある「視力と聴力の調査票」に記入し健診当日に持参し、受付時に提出してください。

【โปรดทำการตรวจและกรอก"แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยิน" ที่ผู้ตอนทำฉบับนี้ที่บ้าน แล้วนำมาและอื่นที่แผนกต้อนรับในวันที่เข้าการตรวจสุขภาพ】

提出された調査票を審査し、より詳しい検査（2次検査）が必要と思われるお子さんには、後日封書にてご連絡いたします。

【เราจะตรวจสอบแบบสอบถาม และหากเด็กของคุณต้องการรับการตรวจเพิ่มเติม (การตรวจขั้นที่สอง) เราจะติดต่อคุณทางจดหมายในภายหลัง】

なお、2次検査の対象にならなかったお子さんについてはご連絡いたしません。

【แต่หากเด็กของคุณไม่ต้องตรวจขั้นที่สองเราจะไม่ติดต่อคุณ】

この調査票は、視聴覚検診の目的以外に使用することはありません。

【แบบสอบถามนี้จะไม่ถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด นอกจากการตรวจการมองเห็นและการได้ยิน】

◆ 2次検査の時期 調査票の提出から3か月前後です

◆ กำหนดการตรวจขั้นที่สอง: ประมาณ 3 เดือนหลังจากที่คุณยื่นแบบสอบถาม

◆ 2次検査の内容 目：視力検査 斜視の検査 眼球運動の検査 立体視の検査

耳：語音聴力検査

◆ รายละเอียดของการตรวจขั้นที่สอง:

- ◇ การมองเห็น: การตรวจสายตา, การตรวจตาหลัง, การตรวจการเคลื่อนไหวของดวงตา, การตรวจการมองเห็นสามมิติ
- ◇ การได้ยิน: การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน

◆ 2次検査の費用 無料

◆ ค่าใช้จ่ายของการตรวจขั้นที่สอง: ฟรี

◆ 2次検査会場、時間等については、2次検査のお知らせでご案内します。

- ◆ คุณจะได้รับแจ้งสถานที่และเวลาสำหรับการตรวจชั้นที่สองในจดหมายที่จะส่งไป

川崎市では、幼稚園、保育園を通じて4歳児（年中児）を対象に実施していた視聴覚検診を平成28年10月から、3歳児健診で実施することになりました。

【ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 เมืองคาวาซากิเปลี่ยนช่วงเวลาสำหรับการตรวจการมองเห็นและการได้ยินให้รวมกับการตรวจสุขภาพสำหรับเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเมื่อก่อนเป็นการตรวจสุขภาพสำหรับเด็กอายุ 4 ปี และตรวจที่โรงเรียนเตรียมอนุบาล / ศูนย์ดูแล】

◆ お問い合わせは

小児療育相談センター 視聴覚検診班

TEL 045 (321) 1773

【สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

โซนิ-เรียวอคุ-โซคัน-เซ็นเตอร์
(ศูนย์บำบัดและแนะแนวเด็ก),
แผนกการตรวจการมองเห็นและการได้ยิน
โทรศัพท์ 045-321-1773】

1. 視力検査のやり方

【1. 視力検査の方法】

用意するもの【お子様が必要なもの】

1. 視標：小さい輪が検査用です。大きい輪は点線で切ってお子様に持たせてください。
【1. รูปภาพที่เป็นเป้าหมาย: ให้คุณใช้วงกลมขนาดเล็กเมื่อทำการตรวจ ตัดวงกลมขนาดใหญ่ออกแล้วให้เด็กถือไว้】
2. 眼帯：ガーゼまたはティッシュペーパーを5cm位の大きさにたたんで、ばんそうこうなどで、のぞかれないようにしっかり貼って下さい。
【2. ผ้าปิดตา: พับผ้าก๊อซหรือกระดาษทิชชูเป็นสี่เหลี่ยมขนาด 5 ซม. และวางไว้เหนือตาของเด็กด้วยพลาสติกหรือปิดแผล เช่น Band-aid เพื่อไม่ให้เด็กใช้ตาอีกข้างหนึ่งมองเห็นได้】
3. メジャーなど測定できるもの
【3. สิ่งที่คุณสามารถวัดระยะทางได้ เช่น ดัลลิเมตร】

検査のやり方【手順】

1. 検査は、明るい部屋の中で2.5mの距離で行います。
【1. ต้องทำการตรวจในห้องที่สว่างและสามารถเว้นระยะห่าง 2.5 ม. ได้】
2. まず1m以内の距離で練習してみます。練習は両眼で行います。
大きい輪をお子様に持たせ、切れ目の向きを合わせる方法で 何回か練習して、検査のやり方を理解してもらいます。
切れ目の方向は、右・左・上・下の4方向とします。
視標の向きを変えるときは、必ず一度視標をかくしてから変えて下さい。
【2. ขั้นแรก พีกกับเด็กของคุณจากระยะห่างภายใน 1 ม. พีกโดยใช้ตาทั้งสองข้าง พีกให้เด็กของคุณจับวงกลมขนาดใหญ่และให้เขาใช้วงกลมชี้ทิศทางที่มีรอยแยกให้ตรงกับทางที่คุณกำลังแสดงอยู่ พีกสักสองสามครั้ง ทิศทางที่คุณจะชี้ 4 ทาง คือ ขวา ซ้าย บน และล่าง เมื่อคุณเปลี่ยนทิศทางของเป้าหมายให้คุณทำโดยไม่ให้เขาเห็นทิศทางที่คุณเปลี่ยน】
3. 次に2.5mの距離で片目ずつかくして、視力検査を行います。
見えにくそうだったり、いやがったりする時は、反対側の目から検査して下さい。
【3. จากนั้น ปิดตาทีละข้าง และทำการตรวจด้วยระยะห่าง 2.5 ม. หากเด็กของคุณมีปัญหาในการมองเห็นหรือหากเขาไม่ยอมทำการตรวจ ให้คุณเริ่มทำด้วยตาอีกข้าง】
4. 検査の結果は正答の場合は○印、誤答の場合は×印を『視力検査』の欄に記入して下さい。
ただし、お子様が「全然見えない」と言ったら検査を中止し、回答欄にその旨をお書き下さい。
【4. หากคำตอบของเด็กของคุณถูกต้อง ให้คุณวาดวงกลมในช่องในแบบสอบถาม และหากคำตอบของเขาผิด ให้เขียน "X" หากเด็กของคุณบอกว่าเขามองไม่เห็นเลย ให้คุณหยุดการตรวจและจดไว้ในแบบสอบถาม】

検査がうまくできないとき

【在กรณีที่ไม่สามารถทำการตรวจได้อย่างถูกต้อง】

一度検査をしてうまくできなくても、何回か繰り返すと上手にできるようになりますので、日を変えて検査して下さい。

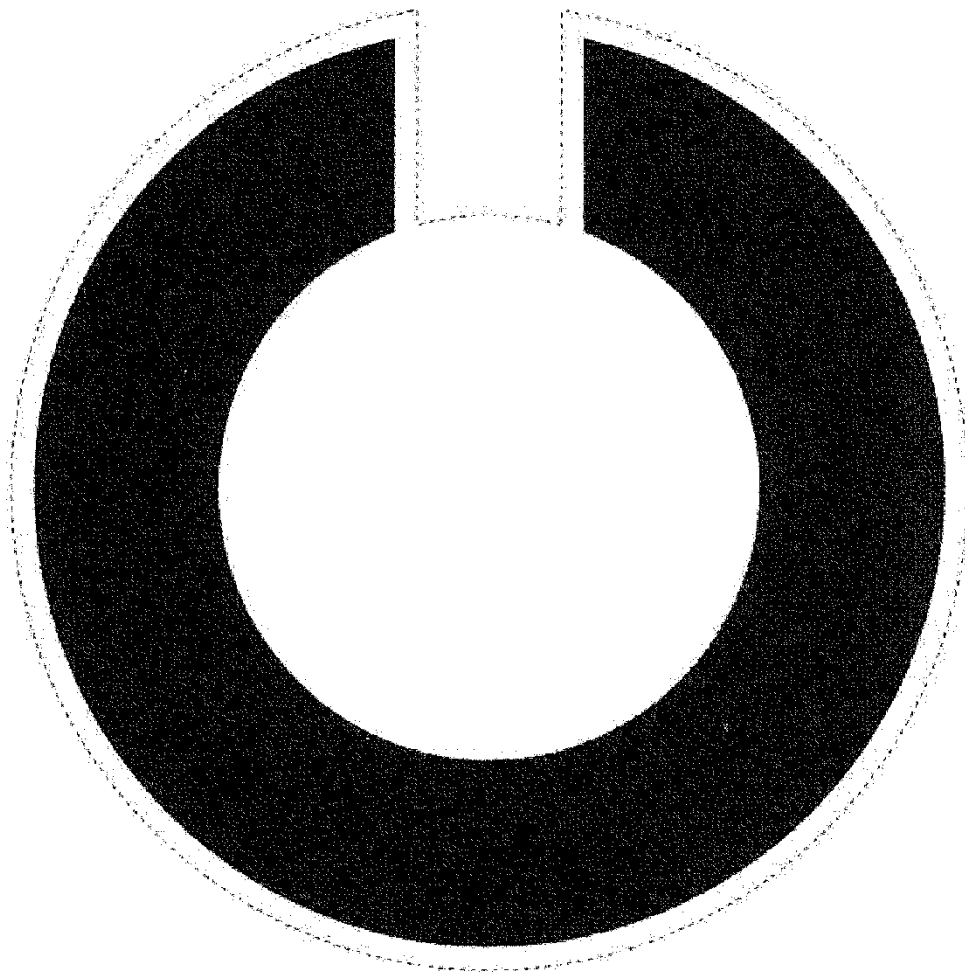
【แม้ว่าเด็กของคุณจะไม่สามารถทำได้ถูกต้องครั้งแรก แต่เขาน่าจะสามารถทำได้หลังจากฝึกไม่กี่ครั้ง ฝึกและลองอีกครั้งในวันอื่น】

視標^{しひょう}を切り取^{きり}って下^{くだ}さい。

【ตัดรูปภาพที่เป็นเป้าหมายออก

この輪^わをお子^こさんに持^もたせて下^{くだ}さい。

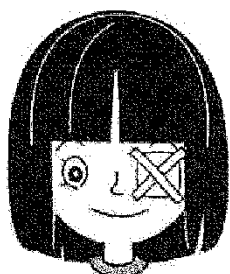
【ให้เด็กของคุณจับวงกลมนี้】



片目^{かため}のかくし方^{かた} 【วิธีการปิดตาข้างเดียว】

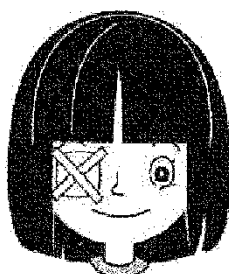
右目^{みぎめ}検査^{けんさ}のとき

【เมื่อตรวจตาขวา



左目^{ひだりめ}検査^{けんさ}のとき

【เมื่อตรวจตาซ้าย】



右^{みぎ}の視標^{しひょう} (0.5) を切り取^{きり}取り
検査^{けんさ}に使^{つか}って下^{くだ}さい。

【ตัดรูปภาพที่เป็นเป้าหมาย(0.5)ที่อยู่ด้านขวาและใช้ในการตรวจ】



2. 聴力検査のやり方

【2. 視覚的検査のやり方】

ご家庭で聞こえの検査をしてみましょう。

【チェックができたお子さんには、お褒めください】

下の検査の方法をよく読んでから始めて下さい。

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい】

★検査の時に注意すること

【★大切なこと】

なるべく外を車などが通っていない時をみはからい、テレビやラジオを消して部屋を静かにしてから検査して下さい。

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい】

ささやき声による聞こえの検査（絵1）

【検査の方法をよく読んでから始めて下さい】

1. 絵を子どもの方に向けて置き、1mくらい離れて向かい合い座ります。

【1. 事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

2. 「この絵の名前を言うから、お母(父)さんが言った絵を指さしてね。」と子どもに言って、普通の声(会話する時の声)で、絵シートのおりの呼び方で、子どもが6個の絵をすべて正しく指させるように練習します。

【2. 事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

3. 「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指さしてね。」と子どもに言って、口元を手で隠し、6個の絵の名前をささやき声で1回ずつ言い、正しく指させれば○、正しく指させなければ×を調査票の1-①(ささやき声の検査結果)に記入します。

【3. 事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

検査の注意事項

【大切なこと】

絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないで下さい。また、ささやき声が大きくならないように注意して下さい。

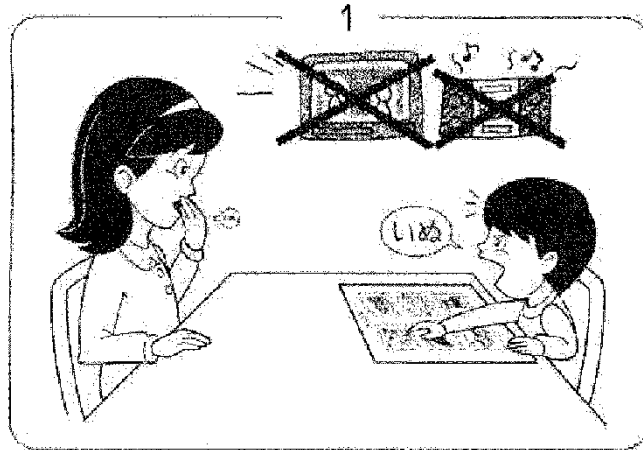
【事前に検査の方法をよく読んでから始めて下さい、検査の時に注意すること】

※ ささやき声の出し方

【* วิธีออกเสียงกระซิบ】

ささやき声は、声を出すだけの感じでないしよ話のようにささやきます。普通の声は、のどに手を当てたときに指に振動を感じますが、ないしよ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が「ささやき声」です。

【เสียงกระซิบคือเสียงที่คุณใช้เมื่อพูดลับ ๆ กับใครสักคนด้วยเสียงเบา ๆ เมื่อคุณพูดด้วยเสียงปกติคุณจะรู้สึกถึงการสั่นสะเทือนที่ลำคอเมื่อเอามือแตะ แต่เมื่อกระซิบคุณจะไม่รู้สึกถึงการสั่นสะเทือนนั้น นี่คือการกระซิบ】



指こすりによる聞こえの検査 (絵 2) 【การตรวจการได้ยินโดยใช้นิ้ว】 (ภาพที่ 2)】

1. 親は子どもの後ろに立ち、子どもの耳の真横 5 cm ぐらいのところ、親指と人さし指を 5~6 回こすります。

【1. ยืนข้างหลังเด็กของคุณแล้วถูนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ 5 หรือ 6 ครั้ง โดยห่างจากหูของเด็กประมาณ 5 ซม.】

2. 子どもが聞こえたら、手を上げさせるようにします。

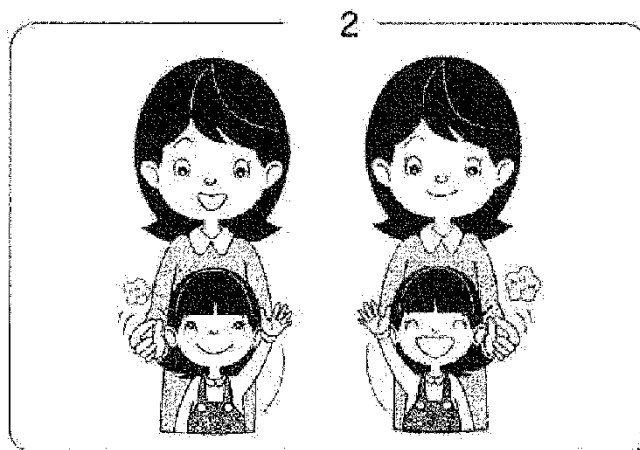
【2. ให้เด็กของคุณยกมือขึ้นถ้าเขาได้ยิน】

3. 最初は右、次は左というように、交互に行います。

【3. เริ่มจากขวาแล้วทำซ้ายทีละข้าง】

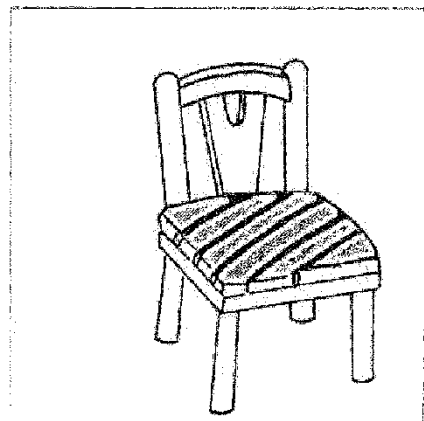
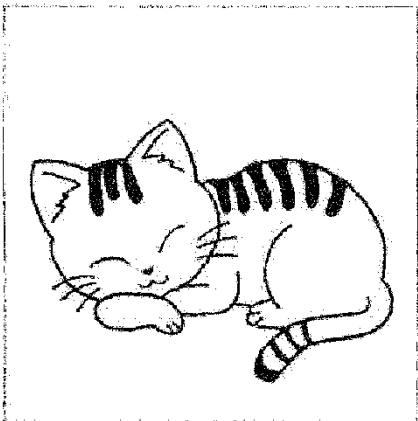
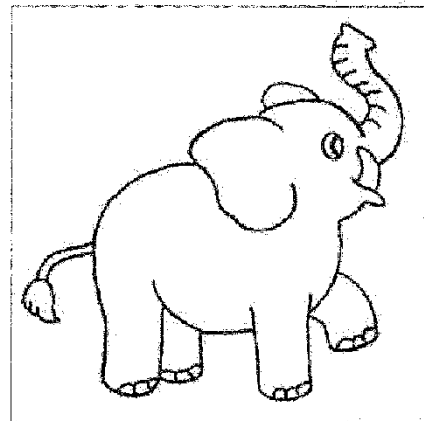
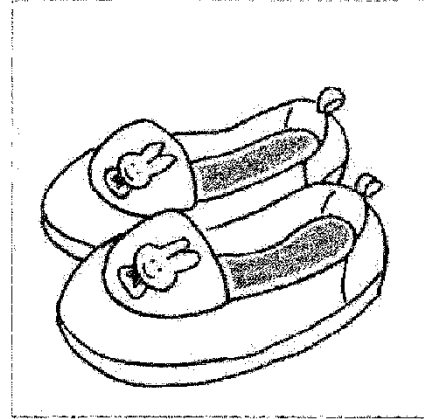
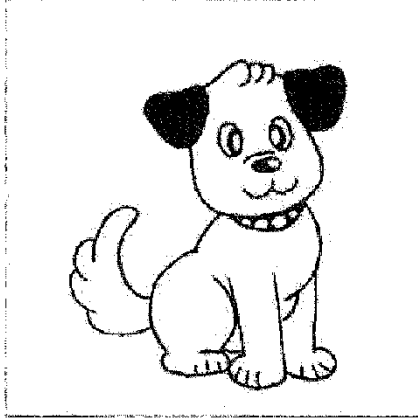
4. 聞こえたら○、聞こえなかったら×を調査票の1-② (指こすりの検査結果) に記入します。

【4. หากเด็กของคุณสามารถได้ยินให้คุณวางกลมในช่องแบบสอบถาม และหากไม่ได้ยินให้เขียน "X" ในส่วน 1-② (ผลการตรวจการได้ยินโดยใช้นิ้ว)】



えしーと
絵シート

【แผนภาพ】



しりよく ちょうりよく ちょうさひょう
視力と聴力の調査票

【แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยิน】

(該当箇所に○印をつけ、カッコ内に必要なことを書き入れて下さい)

【วาดวงกลมคำตอบที่ตรงกับสภาพของเด็กของคุณและระบุรายละเอียดหากจำเป็น】

しりよく
視力について 【เกี่ยวกับการมองเห็นของเด็กของคุณ】

<p>1. 今までに次のような目の異常に気がつきましたか？ 【คุณเคยสังเกตเห็นความผิดปกติดังต่อไปนี้เกี่ยวกับดวงตาของเด็กของคุณหรือไม่】</p>	
<p>① 内側に寄ることがありますか？ 【ดวงตาของเด็กของคุณมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนเข้ามาด้านในและไม่ตรงแนวหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>② 外側または上にずれることがありますか？ 【ดวงตาของเด็กของคุณไม่อยู่ในแนวเดียวกันและเคลื่อนออกไปด้านนอกหรือข้างบนหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>③ 白っぽく見えることがありますか？ 【ดวงตาเด็กของคุณดูเหมือนขาวหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>④ じっと見ている時黒目が揺れていますか？ 【เมื่อเด็กของคุณจ้องมองบางสิ่งบางอย่างดวงตาของเขาขยับ(ลอยไปมา)หรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>2. テレビや物を見るときに以下の項目で気がつくことがありますか？ 【มีข้อไหนที่คุณสังเกตเห็นเมื่อเด็กของคุณดูทีวีหรือดูสิ่งต่าง ๆ ในข้อดังต่อไปนี้หรือไม่】</p>	
<p>① 首を曲げて見ることがありますか？ 【เด็กของคุณมองสิ่งต่าง ๆ โดยเอียงศีรษะหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>② 横目で見ることがありますか？ 【เด็กของคุณมองสิ่งต่าง ๆ โดยใช้การมองข้างข้างหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>③ 目を細めることがありますか？ 【เด็กคุณเหล่ตาเมื่อมองสิ่งต่าง ๆ หรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>④ いつもまぶしがりますか？ 【เด็กของคุณไวต่อแสงจ้าหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>⑤ 明るい所に出たときに片目をつぶることがありますか？ 【เด็กของคุณปิดตาข้างหนึ่งเมื่อออกไปในที่ที่มีแสงสว่างหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>⑥ 上目使いに見ることがありますか？ 【เด็กของคุณมองสิ่งที่อยู่ด้านบน โดยก้มหน้าลงแล้วค่อยมองขึ้นหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>⑦ あごを上げて見ることがありますか？ 【เด็กของคุณมองสิ่งต่าง ๆ โดยเอาน้ำขึ้นหรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>⑧ テレビは離れると見にくそうですか？ 【เด็กของคุณมีปัญหาในการดูทีวีจากที่ไกล ๆ หรือไม่】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>
<p>3. 現在、眼科に通っていますか？ 【เด็กของคุณกำลังได้รับการรักษาจากจักษุแพทย์หรือไม่】</p>	
<p>ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】</p>	
<p>「はい」の方→ (診断名:)</p>	

【ถ้า 'ใช่' การวินิจฉัยคืออะไร ()】

4. 祖父母、親、兄弟姉妹に弱視・斜視の方がいますか？ ア. はい イ. いいえ

【ปู่ย่าตายาย พ่อแม่หรือพี่น้องของเด็กคนใดมีสายตาสั้นแอ / ตาเหล่หรือไม่】 【ใช่ / ไม่】

(メガネ・コンタクトレンズ等で視力がでるものは、弱視ではありません)

【ไม่ถือว่าเป็นสายตาสั้นแอหากสามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตาหรือคอนแทกเลนส์】

「はい」の方は具体的にご記入下さい。例 (兄、斜視) (母、子供のころ弱視だった)

【ถ้า 'ใช่' กรุณาระบุลักษณะเฉพาะและรายละเอียด ตัวอย่าง: (พี่ชาย ตาเหล่) (แม่ มีสายตาสั้นแอเมื่อเขายังเป็นเด็ก)】

()

5. 視力検査について 【เกี่ยวกับการตรวจการมองเห็น】

① 検査の方法を理解して、片目ずつ検査ができましたか？ ア. はい イ. いいえ

【เข้าใจวิธีการตรวจและสามารถทำการตรวจตาแต่ละข้างอย่างถูกต้องหรือไม่】 【ใช่ / ไม่】

② 視力検査結果 (正答は○、誤答は×)

【ผลการตรวจการมองเห็น (○ สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง X สำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง)】

みぎめ 右目 【ตาขวา】	うえ 上 【บน】	した 下 【ล่าง】	ひだり 左 【ซ้าย】	みぎ 右 【ขวา】

ひだりめ 左目 【ตาซ้าย】	うえ 上 【บน】	した 下 【ล่าง】	ひだり 左 【ซ้าย】	みぎ 右 【ขวา】

6. その他、目について気になっていることを書いてください。

【หากคุณมีข้อกังวลเกี่ยวกับสายตาหรือการมองเห็นของเด็กของคุณกรุณาระบุ】

()

ちょうりよく
聴力について

【เกี่ยวกับการได้ยินของเด็กของคุณ】

いぬ 【สุนัข】	くつ 【รองเท้า】	かさ 【ร่ม】	ぞう 【ช้าง】	ねこ 【แมว】	いす 【เก้าอี้】

1. 聞こえの検査

【1. การตรวจการได้ยิน】

① ささやき声の検査結果

(正答は○、誤答は×)

【① ผลการตรวจการได้ยินโดยเสียงกระซิบ (○ สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง X สำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง)】

② 指こすりの検査結果

(聞こえたら○印、聞こえなかったら×印)

【② ผลการตรวจการได้ยินโดยการใช้นิ้วถู

(○ ถ้าเด็กได้ยิน X ถ้าเด็กไม่ได้ยิน)】

みぎみみ 右耳 【หูขวา】	ひだりみみ 左耳 【หูซ้าย】

③ お子さんは検査の方法を理解してできましたか。

ア. できた イ. できなかった

【③ เด็กของคุณเข้าใจวิธีตรวจและสามารถตรวจได้หรือไม่】

【ใช่/ไม่】

2. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。

ア. はい (回) イ. いいえ

【2. เด็กของคุณมีอาการหูชั้นกลางอักเสบหรือไม่】

【ใช่(ครั้ง)/ ไม่】

現在、耳鼻科に通っていますか。

ア. はい イ. いいえ

【เด็กของคุณกำลังได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางด้านหู/จมูกหรือไม่】

【ใช่/ไม่】

3. 家族、近い親類の方に、小さい時から耳の聞こえの悪い方がいますか。

ア. はい イ. いいえ

【3. มีใครที่มีปัญหาการได้ยินตั้งแต่ยังเป็นเด็กในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดของเด็กของคุณหรือไม่】

【ใช่/ไม่】

(中耳炎、高熱が原因の場合、高齢による聴力低下は除く)

【ไม่รวมถึงปัญหาการได้ยินเนื่องจากอาการหูชั้นกลางอักเสบ ไซ้ที่สูง หรือวัยชรา】

「はい」の方は具体的にご記入下さい。

【ถ้า 'ใช่' กรุณาระบุลักษณะและรายละเอียด】

だれが
【ใคร】

びょうめい
病名
【ชื่อโรค】

4. ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、声がかれる、いびきをかくことがありますか。

ア. はい イ. いいえ

【ใช่/ไม่】

【4. เด็กของคุณมักมีอาการคัดจมูกหรือน้ำมูกไหล หายใจทางปาก พุดด้วยเสียงแหบหรือกรนหรือไม่】

5. 呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思う時がありますか。

ア. はい イ. いいえ

【ใช่/ไม่】

【 5. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหการได้ยิน เช่น ไม่ตอบสนองเมื่อคุณเรียก เขาขอให้พูดซ้ำสิ่งที่คุณพูด หรือเพิ่มระดับเสียงของทีวีหรือไม่】

6. お子さんに接する人から聞こえが悪いと言われたことがありますか。

ア. はい イ. いいえ

【6. เคยมีคนทีใกล้เคียงกับเด็กของคุณที่บอกว่าเด็กไม่ค่อยได้เรียนหรือไม่】	【ใช่/ไม่】
7. ^{はな} 話しことばについて、 ^{おく} 遅れている、 ^{はつおん} 発音の ^{しんぱい} 心配はありますか。 【7. คุณมีความกังวลเกี่ยวกับความล่าช้าในการพูดหรือการออกเสียงหรือไม่】	ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】
8. ^{さん} 三 ^{ごふん} 語文を ^{はな} 話せますか。 (^{れい} 例 ○○が△△を□□する ○○といっしょにあそぶなど) 【8. เด็กของคุณสามารถพูดโดยใช้คำหลักมากกว่า 3 คำในประโยคได้หรือไม่ (เช่น. ○○ทำ△△□□ เล่นเล่นด้วยกันกับ○○)】	ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】
9. ^い あなたの ^い 言うことばの ^い 意味を ^{くちもと} 口元や ^{ひょうじょう} 表情を見て ^み 判断したり、 ^{はんだん} 動作な ^{どうさ} などを ^{くわ} 加えないと ^{つた} 伝わらないことがありますか。 【9. เด็กของคุณมองไปที่ปากหรือสีหน้าของคุณเพื่อเข้าใจสิ่งที่คุณกำลังพูด หรือเขาเข้าใจจากถ้อยคำคุณพูดโดยไม่ใช้ท่าทางหรือไม่】	ア. はい イ. いいえ 【ใช่/ไม่】

10. その他、^た耳について^{みみ}気になっていることを^か書いてください。

【10. หากคุณมีข้อกังวลเกี่ยวกับหูหรือการได้ยินของเด็กของคุณกรุณาระบุ】

()