



個人聽覺健康評估

請完成此簡短的評估，助於我們正確了解您的聽覺需求，並確認助聽器對生活帶來的潛在好處。

姓名: _____

第一部分:

請您評估以下情景或環境對您的重要程度。

	非常重要	重要	有點重要	不重要
1. 家中環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 與親友在一起	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 宗教場所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 工作環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 餐廳/吃飯的地方		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 演唱會/電影院/演講廳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 俱樂部/社交場所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 車上/旅行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
休閒活動				
9. 獨處環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 與別人共處時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第二部分:

上面哪三個情景或環境對您來說最重要?

請用數字來評分這三個重要的情景或環境

最重要的情景或環境 _____

次要重要的情景或環境 _____

第三重要的情景或環境 _____