

پرسشنامه بررسی افت شنوایی شاغلین واحد کاری

- (۱) نام و نام خانوادگی شاغل : زن مرد : جنس : (۲)
- (۳) سن : (۴) سابقه شغلی :
- (۵) میزان تحصیلات : (۶) محل کار :
- (۷) آیا محیط کارتان پر سر و صدا است ؟ بله خیر
- در صورت بله از آخرین باری که در محیط پر سر و صدا بوده اید چند روز یا چند ساعت می گذرد ؟
- (۸) آیا قبلا در یک صنعت پر سر و صدا کار کرده اید ؟ (در صورت بله چند سال ؟) بله خیر
- (۹) آیا مشکل شنوایی دارید ؟ بله خیر
- در صورت بله شرح مختصر داده شود :
- (۱۰) آیا سرگیجه یا عدم تعادل دارید ؟ بله خیر
- (۱۱) آیا سابقه مصرف داروهای اتوتوکسیک (ایجاد کننده اختلال بر سیستم شنوایی) داشته و یا مبتلا به هرگونه حساسیت یا آلرژی می باشید ؟ بله خیر
- در صورت بله شرح آن نوشته شود
- (۱۲) آیا سابقه موارد زیر را داشته اید ؟
- ضربه مغزی در معرض انفجار جراحی گوش عفونت گوش
- (۱۳) آیا در بستگان شما کسی هست که دچار ناراحتی شنوایی باشد ؟ بله خیر
- (۱۴) آیا قبلا سنجش شنوایی شده اید ؟ بله خیر
- (۱۵) آیا از وسایل حفاظت شنوایی استفاده می کنید ؟ بله خیر

سایر توضیحات :