

助听器效果评价简表 (APHAB)

姓名: _____

性别 _____

填表日期: _____年____月____日

填表须知:

请您选出一个最贴近(或符合)您平时使用助听器时体验的选项。选择前请先仔细阅读选项说明(如右)。比如,如果您觉得在日常生活中的75%的时候都会遇到题目中所提到的情形,就请选择“5”。如果您从没遇到过题目中所提到的情形,就请您尽量回想一个类似的情形,然后再答题。如果确实没有遇到过题目中所提及的或类似的情形,就请不要回答该题。在选择时请仔细阅读每一个问题,因为在不同的题目中同一选项的含义可能会不同。请尽量分别回答每一道题中使用助听器和不使用助听器时的情形。如果不使用助听器,请回答不使用助听器的那一栏。

- 1 从来没有(1%)
- 2 偶尔(12%)
- 3 有时候(25%)
- 4 半数的时候 (50%)
- 5 绝大多数时候 (75%)
- 6 几乎总是 (87%)
- 7 总是 (99%)

		不使用助听器时	使用助听器时
1	在一个拥挤的超市里跟收银员交谈时,我能跟上彼此的对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
2	当我在听讲座或者上课时,我遗漏很多信息。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
3	突如其来的声响,例如警报器、铃声等会让我觉得很不舒服。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
4	当我与一位家人在家的時候,很难听清楚彼此交谈的内容。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
5	在看电影或者演出的时候,我很难听懂演员们的对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
6	当我坐在汽车里收听新闻广播,而家人在一旁谈话的时候,我听不清楚新闻的内容。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
7	当我与多人同桌用餐而试图跟其中一人谈话时,我很难听清与对方的谈话	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
8	街上交通的噪音太大。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
9	当我在一个大而空旷的房间里和另一个人说话,我能听清楚彼此的对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
10	当我在一个小房间里提问或者回答别人问题的时候,我很难听清楚彼此的对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
11	当我在剧院看电影或演出时,即使是有人在旁边说悄悄话或者揉纸,我仍然能跟上剧中的对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
12	当我和一个朋友安静地交谈,我很难听清楚对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

- 1 从来没有(1%)
- 2 偶尔(12%)
- 3 有时候(25%)
- 4 半数的时候 (50%)
- 5 绝大多数时候 (75%)
- 6 几乎总是 (87%)
- 7 总是 (99%)



		不使用助听器时	使用助听器时
13	冲厕所或淋浴时的流水声大得令人不舒服。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
14	当一个演讲者向一小群人讲话时，就算大家都 很安静地听讲，我也必须集中精力才能听懂。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
15	当我在医院诊断室和医生安静交谈的时候，我 很难听清彼此的对话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
16	即使在几个人谈话时，我也能听懂对话内容。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
17	建筑工地的声音大得令人不舒服。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
18	在课堂或者教堂礼拜会上，我很难听清楚台上 的人说的话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
19	在喧闹的人群中，我也能跟别人交谈。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
20	路上经过的救火车的警报声太大以至于我必须 捂住耳朵。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
21	在一个宗教仪式上，我能够听清布道者说的 话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
22	汽车尖锐的急刹车声大得令人不舒服。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
23	当我和另一个人在一个安静的房间里谈话时， 我必须请他重复他讲的话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
24	在空调或者风扇是开着的时候，我很难听清别 人说话。	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

请继续完成以下问题

<p>使用助听器的历史</p> <p><input type="checkbox"/> 从未使用过</p> <p><input type="checkbox"/> 少于 6 周</p> <p><input type="checkbox"/> 6 周到 1 1 个月</p> <p><input type="checkbox"/> 1 到 1 0 年</p> <p><input type="checkbox"/> 超过 1 0 年</p>	<p>每天使用助听器的时间</p> <p><input type="checkbox"/> 不使用</p> <p><input type="checkbox"/> 少于 1 小时</p> <p><input type="checkbox"/> 1-4 小时</p> <p><input type="checkbox"/> 4-8 小时</p> <p><input type="checkbox"/> 8-16 小时</p>	<p>听力障碍程度</p> <p>(在不使用助听器的情况下)</p> <p><input type="checkbox"/> 没有障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 轻度</p> <p><input type="checkbox"/> 中度</p> <p><input type="checkbox"/> 中度到严重</p> <p><input type="checkbox"/> 严重</p>
---	---	--