

日常助聽器使用滿意度調查表(SADL)-中文版

姓名: _____ 出生年(西元)/月/日 _____/____/____ 填表日期(西元)/月/日 _____/____/____

填表說明

以下問題是關於您使用助聽器時的意見。對於每項題目，請圈選出最代表您感受的數字。右側列出每個數字所代表的意思。

請記得您的回答將會表達出您對目前或最近使用助聽器的整體評價。

- A 一點都沒有
- B 一點點
- C 有一些
- D 中等程度
- E 相當程度
- F 非常多
- G 極度

1. 和沒有戴助聽器比較起來，戴助聽器之後是否讓您在大多數時間比較能夠了解別人的話語? A B C D E F G
2. 您是否會因助聽器所傳輸的聲音與想像中不太相同而感到沮喪? A B C D E F G
3. 您是否相信配戴助聽器是符合您最大的利益? A B C D E F G
4. 您是否會覺得您戴助聽器之後，別人較會注意到您有聽力損失的問題? A B C D E F G
5. 您戴助聽器之後是否會減少要求別人複述講話內容的次數? A B C D E F G
6. 您戴助聽器之後是否會覺得戴助聽器所造成的麻煩是值得的? A B C D E F G
7. 您是否會因為將助聽器轉調大聲而造成迴音的問題而感到困擾? A B C D E F G
8. 您戴助聽器之後是否對自己的外表感到滿意? A B C D E F G
9. 您戴助聽器之後是否會增加對自己的自信? A B C D E F G
10. 您戴助聽器之後是否覺得聲音自然? A B C D E F G
11. 您配戴助聽器對於您在講電話時不用擴音器是否有幫助? A B C D E F G
12. 您認為為您調配助聽器的人員在專業上是否稱職? A B C D E F G
13. 您是否會覺得戴助聽器讓您看起來很無能? A B C D E F G
14. 您覺得您所選配的助聽器價格是否合理? A B C D E F G
15. 您是否會對助聽器可靠度感到滿意? A B C D E F G

請提供以下您的助聽器使用資料:

目前助聽器使用經驗	一生(包括目前)助聽器使用經驗	每天助聽器使用狀況	重聽程度(未戴助聽器情況下)
<input type="checkbox"/> 6 週以內 <input type="checkbox"/> 6 週至 11 個月 <input type="checkbox"/> 1 至 10 年 <input type="checkbox"/> 10 年以上	<input type="checkbox"/> 6 週以內 <input type="checkbox"/> 6 週至 11 個月 <input type="checkbox"/> 1 至 10 年 <input type="checkbox"/> 10 年以上	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 個小時以內 <input type="checkbox"/> 1 至 4 小時 <input type="checkbox"/> 4 至 8 小時 <input type="checkbox"/> 8 至 16 小時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 嚴重

以下由聽力師填寫

HEARING AID FITTING:

Right Ear

Make _____

Model _____

Ser. No. _____

Fitting Date _____

Style CIC ITC ITE BTE

Left Ear

Make _____

Model _____

Ser. No. _____

Fitting Date _____

Style CIC ITC ITE BTE

HEARING AID FEATURES (check all that apply)

Directional Microphone

Peak Clipping

Other _____

Multiple Microphones

Compression Limiting

Multi-Channel

TILL

Remote Control

WDRC

Multi-Program

BILL

No Volume Control

T-Coil