

### سابقه کم شنوایی در خانواده

☐ دارد ☐ ندارد

### سابقه قرارگیری در محیط پر سر و صدا

☐ دارد ☐ ندارد

### سابقه ضربه شدید به سر

☐ دارد ☐ ندارد

### احساس سرگیجه

☐ دارد ☐ ندارد

### سابقه عمل جراحی گوش

☐ ندارد ☐ گوش راست ☐ گوش چپ ☐ هر دو گوش

### سابقه عفونت در گوش ها

☐ ندارد ☐ گوش راست ☐ گوش چپ ☐ هر دو گوش

### احساس وزوز در گوش ها

☐ ندارد ☐ گوش راست ☐ گوش چپ ☐ هر دو گوش

### احساس وزوز در گوش ها

☐ ندارد ☐ گوش راست ☐ گوش چپ ☐ هر دو گوش