

## 事前調査シート

氏名 (ご記入者)		電話番号	
住戸の位置	_____階建ての _____階、 <input type="checkbox"/> 端 <input type="checkbox"/> 中間		
建物周辺の環境			
<p>Q 1. 問題となっている音で悩んでいる方はどなたですか。お名前、記入者との続柄、性別、年齢、最近の状況などをお書き下さい。</p> <p>(例 ○○○○、長男、男、15歳 2ヶ月後に受験をひかえている。)</p>			
<p>Q 2. 問題となっているのは、どの部屋ですか。</p> <p><input type="checkbox"/> 居 間                      <input type="checkbox"/> ダイニング                      <input type="checkbox"/> 台 所</p> <p><input type="checkbox"/> 主寝室                      <input type="checkbox"/> 子供部屋                      <input type="checkbox"/> その他の寝室</p> <p><input type="checkbox"/> 家事室                      <input type="checkbox"/> 住戸内の廊下・階段                      <input type="checkbox"/> 浴 室</p> <p><input type="checkbox"/> 洗面所・トイレ                      <input type="checkbox"/> 玄 関</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>			
<p>Q 3. 問題となっている音は、Q 2で選んだ部屋のどちらから聞こえてくる音に感じられますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 天 井                      <input type="checkbox"/> 隣戸との界壁                      <input type="checkbox"/> その他の壁</p> <p><input type="checkbox"/> 外 壁                      <input type="checkbox"/> 外壁の開口部 (外壁の建具、サッシ)</p> <p><input type="checkbox"/> 出入口扉                      <input type="checkbox"/> 床</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>			

Q 4. 問題となっている音はどのような音ですか。

(例：隣戸のステレオの音、上階住戸での飛び跳ね音、斜め上の住戸のピアノの音、  
前面道路を走行する自動車)  
(ゴンという音、シャーという音、など擬音でも結構です。)

Q 5. 問題となっている音が気になりだしたのはいつ頃からですか。

年 月 日 頃から

Q 6. その時期に、何か理由となるようなことがありましたか。

(例 自分の家族が入居した、近くの道路が開通した、上階住戸の方がかわった 等)

Q 7. 問題となっている音が聞こえる時間、又は、時間帯はいつごろですか。

(例 午前0時前後、午前2時から午前6時頃、夕方から就寝時間まで 等)

Q 8. 問題となっている音は、定常的な騒音ですか、間欠的ですか、一瞬ですか。

(例 いつも定常的に発生する騒音、特定の時間に定常的に発生する騒音、間欠的な騒音、  
特定の時間に衝撃的に発生する騒音 等)

Q 9. 問題となっている音を何らかの方法で確認しましたか。該当するものにレ印を記入ください。

- した (方法: )
- していない
- その他 ( )