

問 診 票

中川耳鼻咽喉科

ふりがな	年齢	体重
お名前	才	kg

TEL	自宅	()
	携帯	()

T	住所	職業
---	----	----

該当するものに○をつけてください

- 1 この具合が悪いのですか 耳 鼻 のど 首 口の中 舌 ほほ 上あご 下あご その他
みみ (右・左・両側) (耳の 前・後・上・下)

・耳が痛い ・耳を触ると痛い ・耳だれ ・かゆい ・耳鳴り ・めまい ・みみあか
・聞こえが悪い ・聞こえない ・耳がふさがった感じ ・自分の声が耳にひびく ・その他

はな (右・左・両側)

・鼻みず(透明/黄緑/白/血がまざる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・かゆい ・痛い ・いびき ・くさいにおい
・鼻血 ・においがにぶい ・においがしない ・いつも口が開いてる ・頭痛(右/左/両方) ・その他

のど (右・左・両側・中央)

・のどが痛い ・のみこむとき痛い ・つかえる感じ ・のどに何かある感じ ・のどがすっきりしない
・声がかれる ・声が出ない ・声が出しにくい ・息苦しい ・せき ・たん ・たんが切れない
・血の混ざったたんが出る ・その他

その他の症状 (具体的に)

- 2 それはいつからですか

- 3 今日は熱が ない ・ ある 度

⇒「ある」の方、または最近発熱した方、それはいつから(いつ頃)ですか

- 4 今までに飲み薬や注射で発疹ができたりショックをおこしたことはありますか ない ・ ある

⇒「ある」の方、その薬品名は

- 5 アレルギー体質(じんましんが出やすい等)ですか いいえ ・ はい

⇒「はい」の方、それはどんな時に出了たか

★アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望しますか? いいえ ・ はい

- 6 今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか ない ・ ある (病名)

- 7 今までに手術を受けたことがありますか { 耳鼻科の手術 ない ・ ある (病名)
耳鼻科以外の手術 ない ・ ある (病名)

- 8 今までに大きな病気をしたことがありますか ない ・ ある

⇒「ある」の方、 結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ 他

具体的な病名

- 9 いま現在、治療中の病気はありますか ない ・ ある

⇒「ある」の方、 糖尿病 高血圧 貧血 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃十二指腸潰瘍
ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 他

具体的な病名

- 10 たばこを吸いますか すわない ・ すう (1日 本くらい、 年前より)

- 11 お酒を飲みますか 飲まない ・ 飲む (1日 mlくらい)

- 12 現在、内服中のくすりはありますか ない ・ ある (種類)
「ある」の方、その薬品名

- 13 これから受ける診療について、ご希望、または上記の事項のほかになにかありましたら、ご記入ください

めまい用問診票

問診にできるだけ詳しく答えていただけるとありがたいです。記入日 年 月 日

記入者：本人・家族・当院

患者様のお名前

①めまいは初めてですか？

1.はじめて 2 以前にもある→それはいつですか？ ()

②今回めまいを感じたのは いつ、どこで、どんな時ですか？

1. 年 月 日 午前・午後 時頃

2.場所： 3.何をしていた時？

③めまいが起こるとき、何か誘因はありますか？（複数○可）

1.なし 2.疲労感 3.睡眠不足 4.動くものを見たとき
5.頭や首を動かしたとき 6.その他

④めまいと同時、または めまいの前後に起きる症状はありますか？

1.難聴：なし・あり（左・右）	6.頭痛：なし・あり
2.耳鳴：なし・あり（左・右）	7.物が2重に見える：なし・あり
3.耳閉感：なし・あり（左・右）	8.手・足のしびれ：なし・あり（左・右）
4.吐気・嘔吐：なし・あり	9.手・足が動かない：なし・あり（左・右）
5.光に過敏になる	10.ろれつが回らない：なし・あり
	11.意識消失：なし・あり

⑤めまいは どのような感じですか？

1.回転する 2.ふらふらする 3.浮いた感じ 4.目の前が暗くなる 5.その他 ()

⑥めまいは おさまるまでに 1 回起こると 短くてどのくらい続きますか？

瞬間的・10秒以内・数分程度・10分以内・30分-1時間・半日程度・数日間・それ以上

めまいは おさまるまでに 1 回起こると 長くてどのくらい続きますか？

⑦めまいの頻度はどのくらいですか？

・毎日 ・週1回以上 ・月1回以上 ・年1回以上 ・その他 ()

⑧脳に病気がありますか？

なし ・あり：(病気の名前：)

⑨高血圧がありますか？ ☆なし ・あり

☆ありとお答えの方：血圧の薬を飲んでいますか：はい ・いいえ

☆その血圧は安定していますか：はい ・いいえ

☆血圧はいつもどのくらいですか：上 下

⑩心臓病がありますか？ ☆なし ・あり

☆ありとお答えの方：病気の名前：心筋梗塞・狭心症・弁膜症など

⑪貧血がありますか？ ☆なし ・あり

⑫いろいろなストレスはありますか？ ない・少しだけ・まあまあ・たくさん

原因：仕事上・家庭内・その他 ()

⑬天候により体調がわるくなることはありますか。☆なし・あり (具体的に)

⑭何かありましたらお書きください。ご協力ありがとうございました。

氏名 _____

耳鳴りの支障度に関する質問表 (THI)

Tininitus Handicap Inventory

この検査は、耳鳴りがあなたにどのような障害を引き起こしているか調べるためのものです。
各質問について、当てはまる番号に○をつけ、最後に点数を合計してください。

	よくある	たまにある	ない
1 耳鳴りのために物事に集中できない	4	2	0
2 耳鳴りの音が大きくて人の話が聞き取れない	4	2	0
3 耳鳴りに対して腹が立つ	4	2	0
4 耳鳴りのために混乱してしまう	4	2	0
5 耳鳴りのために絶望的な気持ちになる	4	2	0
6 耳鳴りについて多くの不満を訴えてしまう	4	2	0
7 夜眠るときに耳鳴りが妨げになり	4	2	0
8 耳鳴りから逃れられないかのように感じる	4	2	0
9 あなたの社会的活動が耳鳴りにより妨げられている (たとえば、外食をする、映画を観るなどの活動)	4	2	0
10 耳鳴りのために挫折を感じる	4	2	0
11 耳鳴りのために自分がひどい病気であるように感じる	4	2	0
12 耳鳴りがあるために日々の生活を楽しめない	4	2	0
13 耳鳴りが職場や家庭での仕事の妨げになる	4	2	0
14 耳鳴りのためにイライラする	4	2	0
15 耳鳴りのために読書ができない	4	2	0
16 耳鳴りのために気が動転する	4	2	0
17 耳鳴りのために家族や友人との関係にストレスを感じる	4	2	0
18 耳鳴りから意識を逸らすのは難しいと感じる	4	2	0
19 自分一人で耳鳴りを管理していくのは難しいと感じる	4	2	0
20 耳鳴りのために疲れを感じる	4	2	0
21 耳鳴りのために落ち込んでしまう	4	2	0
22 耳鳴りのために体のことが心配になる	4	2	0
23 耳鳴りとこれ以上はつきあっていけないと感じる	4	2	0
24 ストレスがあると耳鳴りがひどくなる	4	2	0
25 耳鳴りのために不安な気持ちになる	4	2	0

+=

※ファックスのない方は、問診にスムーズに答えられるよう目を通していただきたいと思います。

あらかじめ インターネット予約・予約専用電話 050-5840-8734 で予約の上
電話 048-964-3387 していただき、★につき問診いたします。

まずは発熱のあること・診察券番号をお伝えください。①～⑮ファックス返信用



(医師の判断でインフルエンザ検査や溶連菌検査・コロナ抗原検査などをするか決定します。)

お身体の辛い時に申し訳ございません。

書ける範囲でかまいませんのでよろしくお願いいたします。

☆今日の日付：2020 年 月 日 曜日

個人情報のため 姓・名前とも 1 文字のみ記入してください(記入例) ●川●子様

☆氏 名： ● ● 様 ☆男・女

☆診察券番号： _____

☆社会保険・国民健康保険・その他 どちらかまるで囲んでください。

★いつから熱が出ていますか。 _____ 月 _____ 日から 最高 _____ °C 平熱 _____ °C

★熱は今日までで何日目ですか(コロナ抗原検査対象：2 日目から 9 日目) _____ 日目

★熱のために解熱剤を使用していますか。あり・なし

★咳：あり・なし ★咳で眠れない：あり・なし ★息苦しい：あり・なし

★強い体のだるさ：あり・なし

★嗅覚：わかる・わからない(いつから _____)

★味覚：わかる・わからない(いつから _____)

★濃厚接触：あり・なし

○は必須項目です

☐ ①「咳はいつからでていますか。」 _____ 月 _____ 日から、 _____ 日前から

☐ ②「咳で眠れないのはいつからですか。」 _____

☐ ③「息苦しいのはいつからですか」 _____

☐ ④「強い体のだるさはいつからですか」 _____

☐ ⑤「筋肉痛・関節痛はありますか。」あり・なし

☐ ⑥「頭痛はありますか」 _____ あり・なし _____

☐ ⑦「のどの痛みはありますか」あり・なし。いつからですか _____ 月 _____ 日から、 _____ 日前から

☐ ⑧「食事はとれますか」 _____ 食べられる・食べられない

☐ ⑨「食べられるものはなんですか。」たとえば おかゆ・うどん・とうふ・ゼリー・プリン

☐ ⑩「水分はのめますか。」のめる・のめない・2-3 口ならのめる・コップ 1 杯

☐ ⑪「吐気・嘔吐はありますか」あり・なし _____

☐ ⑫「下痢はありますか」 _____ あり・なし _____

☐ ⑬「眼の白目のところは赤くなっていませんか」あり・なし

☐ ⑭「3 密」：(密閉・密集・密接) の場所に行きましたか

☐ ⑮治療中の病気はありますか。あり・なし ありの方は下記○お願いいたします

糖尿病 心臓 狭心症 心筋梗塞 弁膜症 呼吸器 喘息 腎臓 免疫抑制剤治療
がん 抗がん剤 その他 具体的に _____

☐ ⑯何かほかにありましたら記入してください。

トイレは済ませてから来院してください。あたたかくしていらして下さい。