

ENT Questionnaire/耳鼻咽喉科 問診票

Name of patient /患者氏名				For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年 (Month/月	Day/日		PR=	/分
	Years old/歳)			BP=	mmHg	
				RR=	/分	
Height/Weight/身長・体重	cm kg			SPO2=	%	
				Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性 <input type="checkbox"/> Female/女性	

What part do you want to have examined? /今日ほどの部位を診察ご希望ですか。

- Ears/耳 ➔ Right/右 Left/左 Both/両方
 Nose/鼻 ➔ Right/右 Left/左 Both/両方
 Throat/のど

症状 **If you checked "Ear", what is the symptom? (Check all that apply.) /「耳」を☑された方はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)**

- Ringing in the ear /耳鳴り Earache/耳が痛い Difficulty hearing /難聴 Ear discharge /耳だれ Clogged ear feeling /耳閉感
 Dizziness/めまい Foreign body in the ear /耳に物が入った *Write the name of the foreign object in your ear: /耳に入ったものを書いてください: _____
 I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
 Other(s)/その他: _____

If you checked "Nose," what is the symptom? (Check all that apply.) /「鼻」に☑された方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数☑してください。)

- Nosebleed/鼻血 Runny nose/鼻水 Difficulty smelling /においがわからない Nasal congestion /鼻づまり Sneezing /くしゃみ Snoring/いびき
 Strong smell/異臭 Something is stuck in the nose /鼻に物が入った *Write the name of the foreign object in your nose: /鼻に入ったものを書いてください: _____
 I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
 Pollen allergy/花粉症 Other(s)/その他: _____

If you checked "Throat," what is the symptom? (Check all that apply.) /「のど」に☑された方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数☑してください。)

- Oral ulcer/口内炎 Bleeding from the throat/喉から血が出る Difficulty swallowing /飲み込みにくい Hoarse voice /声ががれる Tongue pain /舌が痛い Sore throat /のどが痛い
 Swelling of the face or neck/顔・首の腫れ Taste disorder /味覚異常 Cough/咳 Phlegm (mucus)/痰
 Something is stuck in the throat /喉に物が引っかかっている *Write the name of the foreign object in your throat: /喉に引っかかっているものを書いてください: _____
 Feeling like something is stuck in my throat/喉に物が詰まった感じ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
 Other(s)/その他: _____

When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

____ Year/年 ____ Month/月 ____ Day/日 From about ____ : ____ am/pm /ごろから

When does the symptom occur? /症状はどのようなときに現れますか。

- Morning/朝 Daytime/昼 Evening/夕方 While in bed/就寝中 When waking up /起床時 Irregular /不定期 Other(s) /その他: _____

What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っていますか。

- Constant/絶え間なく、続いている The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
 The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている Other(s)/その他: _____

Circle the area where you are experiencing the pain. /痛みのある部分に○を付けて下さい。

痛み **Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?**

- No/いいえ Yes/はい

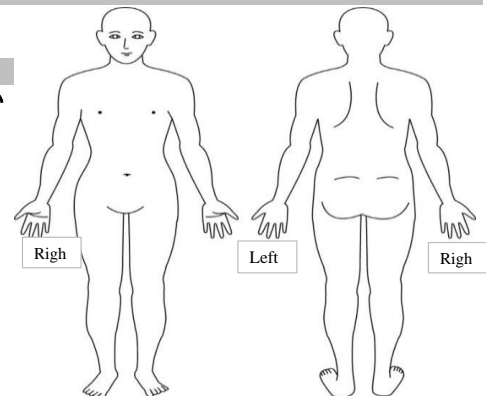
If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.

Not at all/全くない Most severe/最も激しい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Types of pain /どんな**
- Throbbingズキズキ Dull ブーン Heavy重たい stingピリピリ
 Pricking チクチク Shooting電気が走る Otherその他(_____)

- Frequency /いつ**
- Alwaysいつも When you move動くとき When you touch触ると
 Sometimes時々 Can't sleep with痛みで眠れない
 Otherその他(_____)



Continued on Next Page

既往歴 Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- Noneなし Myocardia infarction心筋梗塞 Angina pectoris狭心症 Arrythmia不整脈 Hypertension高血圧
 Diabetes mellitus糖尿病 Asthma喘息 Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患
 Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍 Brain infarction脳梗塞 Dyslipidemia脂質異常 Prostatic hypertrophy前立腺肥大
 Cancer癌 () Glaucoma緑内障 Liver disease肝臓疾患 ()
 Kidney disease腎臓疾患 () Otherその他 ()

Have you ever had surgery before?/手術歴はありますか?

- No/いいえ Yes/はい **If you checked "Yes", write the history of your surgery. /「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。**

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

お薬 Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか?

- No/いいえ Yes/はい ***If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook. /お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。**

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

アレルギー Allergies /アレルギーの有無 No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他: Allergic Reactions/症状 ()

たばこ Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

- No/いいえ Yes/はい Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年 _____Month/月

*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking. /現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

お酒 Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

- No/いいえ Yes/はい Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール _____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 _____ml/Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン _____ml/Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 _____ml/Day/日	

宗教 Do you have religion? /宗教はありますか?

- No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度 Risk for falls/ 転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)
Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)
Risk of Falls 転倒の危険度 Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Do you have someone coming with you today? /付き添いはいますか?	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Did you drive your own car, bicycle or motorcycle when you came to the hospital? /来院時ご自分で車、自転車、オートバイの運転をしてきました	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。