

問診票 (めまいの診察)

弘前市立病院 耳鼻咽喉科

氏名 _____ 男・女 _____ 才 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 熱 _____℃

問1. あなたの“めまい”は次のどれですか。あてはまる項目に✓を記入をお願いします。(複数回答可)

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 周りがグルグルまわる | <input type="checkbox"/> 船に乗っているようにゆれる | <input type="checkbox"/> 気が遠くなる感じ |
| <input type="checkbox"/> 自分がグルグルまわる | <input type="checkbox"/> 目の前が暗くなる感じ | <input type="checkbox"/> 足元がふらつく |
| <input type="checkbox"/> 体が左右に倒れそうになる | <input type="checkbox"/> 寝ると頭が沈みこむような感じ | |

問2. “めまい”を感じたのは、何をしていた時ですか。

- 1) 1回のみの人: _____ 年 _____ 月 _____ 日 場所 _____
- 2) 2回以上の人: 最初の“めまい”はいつからですか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日から
回数: _____ 回/1日 _____ 回/1週 _____ 回/1ヶ月 _____ 回/年
- 3) 一度“めまい”がするとどのくらい続きますか。あてはまる項目に✓を記入をお願いします。
☐ 瞬間的 ☐ 数分～数十分 ☐ 数時間～1日 ☐ 数日 ☐ ずっと
- 4) “めまい”の強さはどのくらいですか。
① 普通に歩ける ② 何かにつかまらなると歩けない ③ 全く歩けない
④ 立っていられない ⑤ 起き上がれない
- 5) 今日“めまい”は、 あり ・ なし
- 6) 今、“めまい”は、
① よくなってきている ② 変わらない ③ 悪くなってきている

問3. “めまい”はいつ起こりましたか。あてはまる番号を○で囲んでください。(複数回答可)

- ① 朝、目をさました時 ② 首を動かした時 ③ 急に立ち上がった時 ④ 運動のあと
⑤ 寝不足が続いた時 ⑥ 大きな音を聞いた時 ⑦ 食事の時 ⑧ 飲食の時
⑨ 喫煙時 ⑩ 興奮時 ⑪ 精神的過労時 ⑫ 肉体的過労時
⑬ かぜぎみ ⑭ 月経・妊娠時 ⑮ 季節の変わり目 ⑯ わからない
⑰ 横になって、寝返りをした時、枕に頭をつけた時 ⑱ 高い山へ登った時、山からおりた時、飛行機に乗った時
⑲ その他 ()

問4. “めまい”がした前後にどんな症状がありましたか。あてはまる番号を○で囲んでください。(複数回答可)

- ① 聞こえにくかった・音がひびいた(右・左・両・不明) ② 耳鳴りがした (右・左・両・不明)
③ 耳がつまった感じがした (右・左・両・不明) ④ 耳だれがあった (右・左・両・不明)
⑤ 耳が痛かった (右・左・両・不明) ⑥ 頭が痛い
⑦ チカチカと光のようなものが見えた ⑧ 顔、手、足、(右・左・両)が動かなかった、しびれた
⑨ 飲み込みにくかったり、むせたりした ⑩ 意識がなくなった、けいれんがあった
⑪ 気分が悪くなって、吐いた・吐きそうであった ⑫ 肩がこったり、首がはったりした
⑬ 頭が重い ⑭ 目の奥が痛い ⑮ まぶしく感じた ⑯ 冷汗がでた
⑰ ものが言いにくかった ⑱ 物が2つに見えた ⑲ 熱がでた ⑳ 手足が冷えた
㉑ 胸がドキドキした ㉒ 顔がほてった ㉓ その他()

問5. これまでにどんな病気にかかりましたか。あてはまる項目に✓を記入をお願いします。(複数回答可)

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 中耳炎 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 低血圧 |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> てんかん |
| <input type="checkbox"/> 梅毒 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 交通事故 |
| <input type="checkbox"/> 頭部打撲 | <input type="checkbox"/> 難聴 (突発性・騒音性・原因不明) | | |
| <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 () | <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 (鼻炎・ぜんそく・薬疹・じんましん) | | |
| <input type="checkbox"/> 精神神経科疾患 () | <input type="checkbox"/> 眼科疾患 () | | |
| <input type="checkbox"/> 手術の有無 () | <input type="checkbox"/> 今飲んでいる薬は () | | |

問6. あなたの職業は、乗り物に関係した仕事ですか。 はい ・ いいえ

問診票（鼻の診察）

弘前市立病院 耳鼻咽喉科

氏名 _____ 男・女 _____ 才 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 熱 _____℃

問1. 鼻はどのように具合が悪いですか。あてはまる項目に✓を記入お願いします。（複数回答可）

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鼻がつまる | } | <input type="checkbox"/> いつもつまっている（左側・右側・両方） |
| | | <input type="checkbox"/> 時々つまる（左側・右側・両方） |
| | | <input type="checkbox"/> 左右、交互につまる |
| | | <input type="checkbox"/> 夜寝るとつまる |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁が多く出る | } | <input type="checkbox"/> 黄色（緑色）の鼻汁が出る |
| | | <input type="checkbox"/> 水のような鼻汁が出る |
| <input type="checkbox"/> 鼻がかかわく | | |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁がのどにさがる | | |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁がくさい | | |
| <input type="checkbox"/> 鼻血がでる | | |
| <input type="checkbox"/> においがわからない | | |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い（おもい） | } | <input type="checkbox"/> いつも頭が痛い（おもい） |
| | | <input type="checkbox"/> 時々頭が痛くなる（おもい） |
| | | <input type="checkbox"/> 下を向いていると頭が痛い（おもい） |
| <input type="checkbox"/> 肩や首がこる | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | |

問2. いつ頃から鼻の具合が悪くなりましたか。

約 _____ 年前 ・ 約 _____ ヶ月前 ・ 約 _____ 週間前 ・ 約 _____ 日前

問3. 以前にかかった病気はありますか。あてはまる項目に✓を記入お願いします。（複数回答可）

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耳を悪くしたことがある（左側・右側・両側（病名 _____）） | | | |
| <input type="checkbox"/> 時々のを悪くする（痛くする） | | | |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に風邪をひく | | | |
| <input type="checkbox"/> 鼻を悪くしたことがある | } <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻の治療を受けたことがある（病名： _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻の手術を受けたことがある（病名： _____）</td> </tr> </table> （鼻のほうから ・ 口のほうから） | <input type="checkbox"/> 鼻の治療を受けたことがある（病名： _____） | <input type="checkbox"/> 鼻の手術を受けたことがある（病名： _____） |
| <input type="checkbox"/> 鼻の治療を受けたことがある（病名： _____） | | | |
| <input type="checkbox"/> 鼻の手術を受けたことがある（病名： _____） | | | |
| <input type="checkbox"/> その他の内科的病気 | [_____] | | |

問4. 家族歴

- 1) 家族の中にも鼻の悪い人が（ いる ・ いない ）
- | | | | |
|----------|----------|---------|----------|
| 続柄 _____ | 年齢 _____ | 才 _____ | 病名 _____ |
| 続柄 _____ | 年齢 _____ | 才 _____ | 病名 _____ |

問5. その他質問したいこと

問診票 (のどの診察)

弘前市立病院 耳鼻咽喉科

氏名 _____ 男・女 _____ 才 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 熱 _____℃

問1. のどはどのように具合が悪いですか。あてはまる項目に✓を記入お願いします。(複数回答可)

☐ のどが痛い

☐ 飲み込むと痛い

☐ だまっけていても痛い

☐ 声を出すと痛い

☐ 異物感(物がひっかかっているような感じ)

☐ 飲み込むとき、つかえる感じがある

☐ せきがでる。タンがでる

☐ 口がかわく。舌がかわく

☐ 息をするときゼイゼイ音がする

☐ いびきがでる

☐ 声がかれる

☐ 言葉をはっきり出せない

☐ その他(_____)

問2. いつ頃からのどの具合が悪くなりましたか。

約 _____ 年前 ・ 約 _____ ヶ月前 ・ 約 _____ 週間前 ・ 約 _____ 日前

問3. 以前にかかった病気はありますか。あてはまる項目に✓を記入お願いします。(複数回答可)

☐ のどの病気をしたことがある (病名 _____)

☐ ぜんそく、気管支炎

☐ 自律神経失調症

☐ その他 (_____)

問4. タバコを吸いますか。

はい _____ 1日 _____ 本 _____ ・ いいえ _____

問5. 酒、ビール、ウィスキーを飲みますか。

はい _____ 1日に _____ を _____ 本 _____ ・ いいえ _____

問6. 家族歴

家族の中にものどの悪い人が (いる ・ いない)

続柄 _____ 年齢 _____ 才 _____ 病名 _____

続柄 _____ 年齢 _____ 才 _____ 病名 _____

問7. その他質問したいこと

問診票 (耳の診察)

弘前市立病院 耳鼻咽喉科

氏名 _____ 男・女 _____ 才 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 熱 _____℃

問1. 耳はどのように具合が悪いですか。あてはまる項目に✓を記入し、方向を○で囲んでください。(複数回答可)

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 耳だれがする | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> きこえが悪い | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> めまいがする | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> 耳がつまったような感じがする | (両側とも ・ 左側 ・ 右側) |
| <input type="checkbox"/> その他(|) |

問2. いつ頃から耳の具合が悪くなりましたか。

子どもの頃から ・ 約 _____ 年前 ・ 約 _____ ヶ月前 ・ 約 _____ 週間前 ・ 約 _____ 日前

{ ☐ はしか ☐ 肺炎 ☐ 風邪 ☐ 頭をぶつけた ☐ その他(_____) }のあとから

問3. 以前にかかった病気はありますか。あてはまる項目に✓を記入お願いします。(複数回答可)

- | |
|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頻繁に風邪をひく |
| <input type="checkbox"/> 時々のを悪くする(痛くする) |
| <input type="checkbox"/> 鼻を悪くしたことがある・鼻の治療を受けたことがある(病名 _____) |
| <input type="checkbox"/> 小さいときから耳だれがあった |
| <input type="checkbox"/> その他の内科的病気 [_____] |

問5. 家族歴

家族の中にも耳の悪い人が (いる ・ いない)

続柄 _____	年齢 _____	才 _____	病名 _____
続柄 _____	年齢 _____	才 _____	病名 _____

問6. その他質問したいこと

<div></div>

問診票 (アレルギー性鼻炎の診察)

弘前市立病院
耳鼻咽喉科

氏名 _____ 男・女 _____ 才 明・大・昭・平 _____ 年 月 日生 熱 _____℃

問1. 現在の住居に住んでから何年たちますか。

_____ 年

問2. 現在の職業についてから何年たちますか。

_____ 年

問3. どのような症状ですか。あてはまる項目に✓を記入し、種類を○で囲んでください。(複数回答可)

- ☐ くしゃみ
☐ 鼻汁がでる(みずっぽい ・ ネバネバ ・ うみ ・ 少ない ・ 多い)
☐ 鼻づまり(左側 ・ 右側 ・ 両方 ・ 短時間 ・ 長時間 ・ 昼間 ・ 夜間 ・ 1日中)
☐ のどがおかしい (かゆい ・ いがらっぽい ・ 痛い)
☐ 咳が出る、ゼイゼイする、息が苦しい (短時間 ・ 長時間 ・ 昼間 ・ 夜間)
☐ 目がおかしい(かゆい ・ 涙 ・ 充血 ・ ゴロゴロする ・ 腫れる)
☐ 頭が重い (前頭 ・ 後頭 ・ 偏頭痛 ・ 全体)
☐ その他 (_____)

問4. いつ頃から

_____ 子どもの頃から ・ 約 _____ 年前から ・ _____ 才のときから ・ ずっと ・ 時々

問5. よく症状がでる時期 あてはまる内容を○で囲んでください。(複数回答可)

1月・2月・3月・4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・不定

問6. よく症状がでる時間帯 あてはまる内容を○で囲んでください。(複数回答可)

起床時 ・ 午前 ・ 午後 ・ 就寝時 ・ 不定

問7. あなたの環境 あてはまる項目に✓を記入し、種類を○で囲んでください。(複数回答可)

- ☐ 樹木が多い(樹種: 杉 ・ その他(_____))
☐ 雑草が多い(種類: ブタクサ ・ イネ科 ・ その他(_____))

問8. あなたの身の回り 当てはまる種類を○で囲んでください。

- 布団 (綿 ・ 羽毛 ・ 絹 ・ その他(_____))
ベッドマット (コイル ・ ウレタン ・ その他(_____))
枕 (ソバガラ ・ パンヤ ・ モミガラ ・ スポンジ ・ その他(_____))
ペット (犬 ・ 猫 ・ 小鳥 ・ その他(_____))

問9. 他医の診療

無 ・ 有 (_____ 年 _____ 月 医療機関名: _____)
(診断名: _____)

問10. 今までにかかった病気 あてはまる項目に✓を記入お願いします。(複数回答可)

- ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アレルギー性結膜炎 ☐ ぜんそく ☐ じんましん
☐ 薬疹 ☐ 湿疹 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 化粧品かぶれ
☐ その他 (_____)

問11. 家族歴

- 1) 家族の中にも上記の病気の心当たりがありますか (いる ・ いない)
続柄 _____ 年齢 _____ 才 病名 _____
続柄 _____ 年齢 _____ 才 病名 _____

問12. その他質問したいこと