

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 °C

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✓を記入お願ひします。(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、何をしていましたか。

- | |
|--|
| 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✓を記入お願ひします。
<input type="checkbox"/> 瞬間的 <input type="checkbox"/> 数分～数十分 <input type="checkbox"/> 数時間～1日 <input type="checkbox"/> 数日 <input type="checkbox"/> ずっと |
| 4) “めまい”的強さはどのくらいですか。
① 普通に歩ける ② 何かにつかまらないと歩けない ③ 全く歩けない
④ 立っていられない ⑤ 起き上がりれない |
| 5) 今日は“めまい”は、 あり • なし |
| 6) 今、“めまい”は、
① よくなってきてている ② 変わらない ③ 悪くなってきている |

問3. “めまい”はいつ起きましたか。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 | ⑯ 高い山へ登った時、山からおりた時、飛行機に乗った時 | | |
| ⑯ 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 耳がつまた感じがした (右・左・両・不明) | ④ 耳だれがあつた (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)が動かなかつた、しびれた |
| ⑨ 飲み込みにくかつたり、むせたりした | ⑩ 意識がなくなつた、けいれんがあつた |
| ⑪ 気分が悪くなつて、吐いた・吐きそうであつた | ⑫ 肩がこつたり、首がはつたりした |
| ⑬ 頭が重い | ⑭ 目の奥が痛い |
| ⑯ ものが言いにくかつた | ⑮ まぶしく感じた |
| ⑰ 物が2つに見えた | ⑯ 熱がでた |
| ⑯ 胸がドキドキした | ⑰ その他の () |

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✓を記入お願ひします。(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 °C

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"/> 鼻血ができる | | |
| <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"/> 時々のどを悪くする(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 | { | <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:)
(鼻のほうから・口のほうから) |
| <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 热 ℃

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
 だまっていても痛い
 声を出すと痛い]
- 異物感(物がひつかかっているような感じ)
 飲み込むとき、つ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
 声がかかる
 言葉をはつきり出せない
 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、ウイ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"/> 耳がつまつ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 目前

{ 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"/> 時々のどを悪くする(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つた | |
| <input type="checkbox"/> 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

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 热 °C

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
 鼻汁ができる(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 ・ 肿れる)
 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. よく症状ができる時期 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. よく症状ができる時間帯 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 (純 ・ 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