

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 (Years old/歳) | | PR= _____ /分 |
| Height/Weight/身長・体重 | _____ cm kg | Sex/性別 | BP= _____ mmHg |
| Allergies /アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬: | | RR= _____ /分 |
| address/telephone number/住所/電話番号 address | | telephone number | |
| SPO2= _____ % | | | |

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

- | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ears/耳 → | <input type="checkbox"/> Right/右 | <input type="checkbox"/> Left/左 | <input type="checkbox"/> Both/両方 |
| <input type="checkbox"/> Nose/鼻 → | <input type="checkbox"/> Right/右 | <input type="checkbox"/> Left/左 | <input type="checkbox"/> Both/両方 |
| <input type="checkbox"/> Throat/のど | | | |

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。)

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ringing in the ear /耳鳴り | <input type="checkbox"/> Earache/耳が痛い | <input type="checkbox"/> Difficulty hearing /難聴 | <input type="checkbox"/> Ear discharge /耳だれ | <input type="checkbox"/> Clogged ear feeling |
| <input type="checkbox"/> Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> 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。 _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 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) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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。)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nosebleed/鼻血 | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻水 | <input type="checkbox"/> Difficulty smelling | <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Sneezing /くしゃみ | <input type="checkbox"/> Snoring/いびき |
| <input type="checkbox"/> Strong smell/異臭 | <input type="checkbox"/> 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 _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 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) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pollen allergy/花粉症 <input type="checkbox"/> 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。)

- | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oral ulcer/口内炎 | <input type="checkbox"/> Bleeding from the throat/喉から血が出る | <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing /飲み込みにくい | <input type="checkbox"/> Hoarse voice /声がかれる | <input type="checkbox"/> Tongue pain /舌が痛い | <input type="checkbox"/> Sore throat /のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> Swelling of the face or neck/顔・首の腫れ | <input type="checkbox"/> Taste disorder /味覚異常 | <input type="checkbox"/> Cough/咳 | <input type="checkbox"/> Phlegm (mucus)/痰 | | |
| <input type="checkbox"/> 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 _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Feeling like something is stuck in my throat/喉に物が詰まった感じ | <input type="checkbox"/> 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) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他 : | | | | | |

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

_____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日 From about _____ : _____ am/pm
午前・午後 時 分 ごろから

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

- | | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morning/朝 | <input type="checkbox"/> Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> While in bed/就寝中 | <input type="checkbox"/> When waking up | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期 |
| <input type="checkbox"/> 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。

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