

# 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				BP=	mmHg	
Allergies /アレルギーの有無				RR=	/分	
				SPO2=	%	
address/telephone number/住所/電話番号			address	Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性 <input type="checkbox"/> Female/女性	
				cm	kg	

## What part do you want to have examined? /今日は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

## 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  
 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: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 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 /声がかれる  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: \_\_\_\_\_  
 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?

/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。

- 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 :