

ENT Questionnaire (耳鼻科問診票)

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください year month day

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	year month day	Age 年齢	Years old 歳
Address 住所	〒	Phone 電話	
		Weight 体重	kg
		Language 言葉	

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

ear 耳 → right 右 left 左 both 両方
 nose 鼻 → right 右 left 左 both 両方
 throat 喉

ear problems 耳の症状

hearing loss 難聴 earache 耳が痛い tinnitus 耳鳴り itchy ears 耳が痒い
 discharge 耳だれ wax build up 耳垢 feel dizzy めまい

nose problems 鼻の症状

hay fever 花粉症 sneezing くしゃみ stuffiness 鼻づまり runny nose 鼻水
 bleeding 鼻血 inability to smell においがしない snoring いびき

throat problems 喉の症状

sore throat 喉が痛い hoarseness 声がかれる coughing 咳がでる phlegm 痰が絡む
 difficulty in swallowing 飲み込みにくい stomatitis 口内炎
 taste disorder 味覚異常 swollen face/neck 顔・首の腫れ

How long have you had these problems? 症状はいつからありますか year month day

Do you have any chronic illness? 持病はありますか

No いいえ Yes はい → _____

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

No いいえ Yes はい → _____

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物のアレルギーはありますか

No いいえ
 Yes はい → food 食べ物 : _____
 medicine 薬 : _____

Do you drink alcohol? お酒を飲みますか No いいえ Yes はい → _____ ml/day

Do you smoke? たばこを吸いますか No いいえ Yes はい → _____ cigarettes/day

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

No いいえ Yes はい → _____ week 週

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

No いいえ Yes はい