

# 問診票

フリガナ  
お名前: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_℃

生年月日: 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_歳) 性別: 男・女

〒  
住所: \_\_\_\_\_

固定電話番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

ご職業: \_\_\_\_\_

携帯電話番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

★小学生以下の方は、体重: \_\_\_\_\_kg

★お子様の場合: お薬のご希望はありますか? → 錠剤・粉・シロップ

●女性の方は、  
妊娠の可能性: あり・なし → 妊娠( \_\_\_\_\_ )週  
授乳の有無: あり・なし → お子様は( \_\_\_\_\_ )ヶ月児

1. 今日はどうなさいましたか? 症状など具体的にご記入をお願いします。

( \_\_\_\_\_ )

その症状は、いつからですか? → \_\_\_\_\_日前から、または \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日ごろから

2. ・現在治療中の病気や、これまでににおかかりになった病気はありますか?

・いいえ

・はい → 糖尿病、高血圧、高脂血症、胃潰瘍、ぜんそく、心臓病、脳梗塞、結核、甲状腺疾患  
前立腺肥大症、緑内障、腎障害、B型肝炎、C型肝炎、熱性けいれん  
その他( \_\_\_\_\_ )

・手術をしたことはありますか? いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

3. ・現在、内服しているお薬はありますか?

いいえ・はい  
( \_\_\_\_\_ )

・お薬手帳はお持ちですか?

・はい → 問診票と一緒にご提出ください

・いいえ または 今日持参していない

・お薬のアレルギー(体に合わない薬など)はありますか? はい・いいえ  
薬名( \_\_\_\_\_ )

・植物や食べ物のアレルギーはありますか? はい・いいえ  
種類( \_\_\_\_\_ )

4. 飲酒、喫煙はされますか? はい・いいえ

飲酒: \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_ml/日 喫煙: \_\_\_\_\_本/日を \_\_\_\_\_年間

耳鳴り患者さんへのアンケート

記入日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_ 歳

	良くある	たまにある	ない
1. 耳鳴りのために物事に集中できない。	4	2	0
2. 耳鳴りの音が大きくて人の話が聞き取れない。	4	2	0
3. 耳鳴りに対して腹が立つ。	4	2	0
4. 耳鳴りのために混乱してしまう。	4	2	0
5. 耳鳴りのために絶望的な気持ちになってしまう。	4	2	0
6. 耳鳴りについて多くの不満を訴えてしまう。	4	2	0
7. 夜眠るときに耳鳴りが妨げになる。	4	2	0
8. 耳鳴りから逃れられないかのように感じる。	4	2	0
9. あなたの社会活動が耳鳴りにより妨げられる。(例えば外食をする、映画を見るなど)	4	2	0
10. 耳鳴りのために挫折を感じる。	4	2	0
11. 耳鳴りのために自分がひどい病気であるように感じる。	4	2	0
12. 耳鳴りがあるために日々の生活を楽しめない。	4	2	0
13. 耳鳴りが職場や家庭での仕事の妨げになる。	4	2	0
14. 耳鳴りのためにいらいらする。	4	2	0
15. 耳鳴りのために読書ができない。	4	2	0
16. 耳鳴りのために気が動転する。	4	2	0
17. 耳鳴りのために家族や友人との関係にストレスを感じる。	4	2	0
18. 耳鳴りから意識をそらすのは難しいと感じる。	4	2	0
19. 自分ひとりで耳鳴りを管理していくのは難しいと感じる。	4	2	0
20. 耳鳴りのために疲れを感じる。	4	2	0
21. 耳鳴りのために落ち込んでしまう。	4	2	0
22. 耳鳴りとこれ以上付き合っていけないと感じる。	4	2	0
23. 耳鳴りのために体のことが心記になる。	4	2	0
24. ストレスがあると耳鳴りがひどくなる。	4	2	0
25. 耳鳴りのために不安な気持ちになる。	4	2	0

合計