

OTOLARYNGOLOGY (EAR, NOSE AND THROAT)

じびいんどう かもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

English

英語

Check ☒ all corresponding answers. あてはまるものをチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年	_____ month 月	_____ day 日	Phone 電話
Address 住所				
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍			Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

<input type="checkbox"/> I have a fever. (_____ °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> My head feels heavy. 頭が重い
<input type="checkbox"/> I have a headache. 頭が痛い	
ear problems 耳の症状	
<input type="checkbox"/> right 右	<input type="checkbox"/> left 左
<input type="checkbox"/> both 両方	<input type="checkbox"/> earache 耳が痛い
<input type="checkbox"/> discharge 耳だれ	<input type="checkbox"/> ringing in the ears 耳なり
<input type="checkbox"/> wax build up 耳あか	<input type="checkbox"/> feel dizzy めまい
<input type="checkbox"/> difficulty in hearing 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> plugged ears 耳がふさがった感じ
nose problems 鼻の症状	
<input type="checkbox"/> stuffiness 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> runny nose 鼻がでる
<input type="checkbox"/> sneezing くしゃみ	<input type="checkbox"/> bleeding 鼻血
<input type="checkbox"/> snoring いびき	<input type="checkbox"/> inability to smell においがわからない
throat problems のどの症状	
<input type="checkbox"/> sore tongue 舌が痛い	<input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い
<input type="checkbox"/> coughing せき	<input type="checkbox"/> phlegm たん
<input type="checkbox"/> feeling as if something is stuck in throat のどに何かある感じ	<input type="checkbox"/> hoarseness 声がかわる
<input type="checkbox"/> difficulty in swallowing 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> swollen face/neck 顔・頸部(くび)の腫れ
<input type="checkbox"/> others その他	

How long have you had these problems? それはいつからですか Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

☐ Yes はい → ☐ medication 薬 ☐ food 食べ物 ☐ others その他 ☐ No いいえ

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

☐ Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください ☐ No いいえ

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

☐ Yes はい → _____ months ケ月 ☐ No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

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

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

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか ☐ Yes はい ☐ No いいえ

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ☐ Yes はい ☐ No いいえ