

NO.	ENT Questionnaire/ 耳鼻咽喉科 問診票		Please circle if any of the following apply to you.	
Name of Patient 名前		<input type="checkbox"/> Male/ 男性 <input type="checkbox"/> Female/ 女性	Age 年齢	years old 才
				Pregnant 妊娠中 breast-feeding 授乳中
				Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他()

I want to have an interpreter if an interpreter service is available.
/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

Body Temperature /体温 : _____ °C

Did you have a fever of 37.5°C(99.5°F) or higher or any cold symptoms such as cough, sore throat etc. within the past 10 days? /10日以内に37.5度以上の発熱、または風邪症状はありましたか。

Body weight (Only child) /体重 (小児のみ) : _____ kg

No/なし Yes/はい

What part do you want to have examined at ENT today?
/本日は耳鼻咽喉科で、どの部位の診察をご希望ですか。

- Ears/耳 → Right/右 Left/左 Both/両方
- Nose/鼻 → Right/右 Left/左 Both/両方
- Throat/のど

*Please check all that apply./ 複数ある方は複数☑してください。

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)

症状 If you checked "Ear", what is the symptom? (Check all that apply.)

/「耳」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。)

- Ringing in the ear /耳鳴り Earache/耳が痛い Difficulty hearing /難聴 Ear discharge /耳だれ Clogged ear feeling /耳閉感
- 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: /耳に入ったものを書いてください: _____
- Other(s)/その他:

症状 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: /鼻に入ったものを書いてください: _____
- Pollen allergy/花粉症 Other(s)/その他:

症状 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: /喉に引っかかっているものを書いてください: _____
- Feeling like something is stuck in my throat /喉に物が詰まった感じ
- Other(s)/その他:

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

_____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日 From about _____ : _____ am/pm /ごろから

Circle the area where you are experiencing the pain. /痛みのある部分に○を付けて下さい。

痛み Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?

No/いいえ Yes/はい

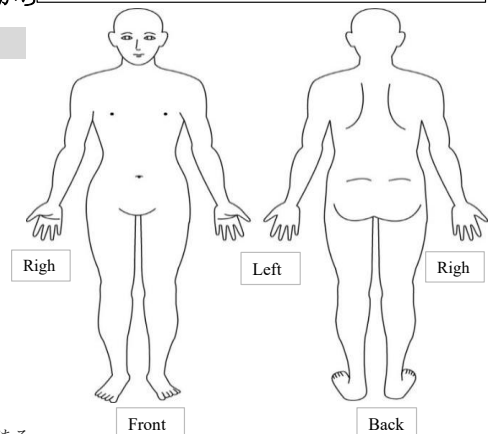
If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.

Not at all/全くない _____ Most severe/最も激しい _____

Types of pain / どの痛み
 Throbbingズキズキ Dull ブーン Heavy重たい Stingピリピリ
 Pricking チクチク Shooting電気が走る Otherその他()

Frequency / どのくらい
 Alwaysいつも When you move動くとき When you touch触るとき
 Sometimes時々 Can't sleep with痛みで眠れない
 Otherその他()

日常生活 Does the pain disturb your daily life? / 日常生活に支障が No/ない Yes/ある



Continued on Next Page

既往歴 Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? / 現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- Noneなし
 Myocardia infarction心筋梗塞
 Angina pectoris狭心症
 Arrythmia不整脈
 Hypertension高血圧
 Diabetes mellitus糖尿病
 Asthma喘息
 Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患
 Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍
 Brain infarction脳梗塞
 Dyslipidemia脂質異常
 Prostatic hypertrophy前立腺肥大
 Cancer癌 ()
 Glaucoma緑内障
 Liver disease肝臓疾患 ()
 Kidney disease腎臓疾患 ()
 Otherその他 ()

Have you ever had surgery before? / 手術歴はありますか?

- No/いいえ
 Yes/はい
 If you checked "Yes", write the history of your surgery. / 「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names / 疾患名	Name of your surgery / 手術名	When you had the surgery / 手術をした時期	Hospital where you had the surgery / 手術をした医療機関

お薬 Are you currently on any medication? / 現在、飲んでいる薬はありますか?

- No/いいえ
 Yes/はい
 *If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook. / お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications / お薬の名前	What is your condition for prescribing? / 処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・Cholesterol/コレステロール・Diabate mellitus/糖尿病・Sleep/睡眠・Gastric acid/胃酸・antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・Cholesterol/コレステロール・Diabate mellitus/糖尿病・Sleep/睡眠・Gastric acid/胃酸・antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・Cholesterol/コレステロール・Diabate mellitus/糖尿病・Sleep/睡眠・Gastric acid/胃酸・antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・Cholesterol/コレステロール・Diabate mellitus/糖尿病・Sleep/睡眠・Gastric acid/胃酸・antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・Cholesterol/コレステロール・Diabate mellitus/糖尿病・Sleep/睡眠・Gastric acid/胃酸・antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・Cholesterol/コレステロール・Diabate mellitus/糖尿病・Sleep/睡眠・Gastric acid/胃酸・antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー Allergies / アレルギーの有無
 No/ない
 Yes/ある
 Food(s)/食べ物:
 Medicine/薬:
 Others/その他:
 Allergic Reactions/ 症状 ()

ペースメーカー Do you have an implanted pacemaker? / ペースメーカーを埋め込んでいますか?

- No無
 Yes有
 IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card?
 No無
 Yes有
 at home 自宅にある
 ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか?

たばこ Do you smoke regularly? / 習慣的に、たばこを吸いますか?

- No/いいえ
 Quit/やめた
 Yes/吸っている (
 cigarettes/day日 ×
 years年間)

お酒 Do you drink regularly? / 習慣的にお酒を飲みますか。Please circle if any of the following apply to you.

- No/いいえ
 Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他
 *drink everyday/毎日飲む
 *drink
 times回/week週
 ml/time回

宗教 Do you have religion? / 宗教はありますか?

- No/いいえ
 Yes/はい ()

転倒の危険度 Risk for falls/ 転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months? / 3ヶ月以内に転んだことはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you have orthoses on your feet? / 足に装具をつけていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you use a cane or walker? / 杖や歩行器を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい (Cane杖・Walker歩行器)
Risk of Falls / 転倒の危険度 Do you use a wheelchair? / 車椅子を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい (Cane杖・Walker歩行器)

/車椅子を使っていますか？

NOいいえ Yesはい

Do you feel dizziness?

/ふらつきはありますか？

NOいいえ Yesはい

Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today?

/本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか？

NOいいえ Yesはい