

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=	℃
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日		PR=	/分
	(Years old/歳)				BP=	mmHg
Height/Weight/身長・体重				RR=	/分	
				SPO2=	%	
Allergies /アレルギーの有無	☐ Food(s)/食べ物:			☐ Male/男性 ☐ Female/女性		
	☐ Medicine/薬:					

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
/耳閉感
- ☐ Dizziness/めまい
- ☐ Difficulty swallowing
/飲み込みにくい
- ☐ 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:
- ☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関 (健診施設含む) で受診を勧められた
- ☐ 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:
/鼻に入ったものを書いてください:
- ☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関 (健診施設含む) で受診を勧められた
- ☐ Pollen allergy/花粉症
- ☐ Other(s)/その他:

If you checked "Throat," what is the symptom? (Check all that apply.)
/「喉」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
/声がかるる
- ☐ Tongue pain
/舌が痛い
- ☐ Sore throat
/のどが痛い
- ☐ Swelling of the face or
neck/顔・首の腫れ
- ☐ 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
- ☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関 (健診施設含む) で受診を勧められた
- ☐ 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

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

- ☐ No/いいえ
- ☐ Yes/はい
- *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	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

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？

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい

If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）		Treatment progress /治療経過		Hospital name /医療機関名
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	
		☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	

<List of diseases/疾患リスト>

System of disease /疾患の系統		Disease names /疾患名			
①	Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Others/その他
②	Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全 e. Others/その他
③	Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Others/その他
④	Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Urinary tract infection /尿路感染症	d. Others/その他
⑤	Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他
⑥	Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Others/その他
⑦	Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア e. Gout/痛風
⑧	Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他
⑨	Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他
⑩	Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん b. Colon cancer/大腸がん c. Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Breast cancer/乳がん e. Uterine cancer/子宮がん			
		f. Lung cancer/肺癌 g. Others/その他			
⑪	Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia /統合失調症	c. Others/その他	
⑫	ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症 e. Others/その他
⑬	Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他	
⑭	Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫）	c. Others/その他	

Have you ever had surgery?**/今までに手術をしたことがありますか。**
☐ 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

※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.**/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。****Do you smoke regularly?****/習慣的に、たばこを吸いますか？**
☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年_____Month/月	_____Year/年

If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.*/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。****Do you drink regularly?****/習慣的にお酒を飲みますか？**
☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

☐ Beer/ビール	_____/Day/日	☐ Whiskey/ウイスキー	_____/Day/日
☐ Japanese Sake/日本酒	_____/Day/日	☐ Wine/ワイン	_____/Day/日
☐ Other(s)/その他	_____/Day/日		

If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**/女性の方のみお答えください。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 ☐ Do not know/わからない
Are you breastfeeding?**/現在、授乳中ですか？**
☐ No/いいえ ☐ Yes/はい
If you have a special request concerning the consultation, check the box.**/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。**
☐ I want to be informed of my estimated medical expenses in advance./あらかじめ、医療費の概算を教えてください。

☐ 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。

☐ Other(s)/その他：