

OTOLARYNGOLOGY (EAR, NOSE AND THROAT)

English
英語

じびいんごうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

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

year 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 声がかれる	
<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			
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication 薬		<input type="checkbox"/> food 食べ物	<input type="checkbox"/> others その他 <input type="checkbox"/> No いいえ
Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months ヶ月		<input type="checkbox"/> No いいえ	
Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Do you drink alcohol? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ ml/a day ml/日		<input type="checkbox"/> No いいえ
Do you smoke? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ cigarettes/a day 本/日		<input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい		<input type="checkbox"/> No いいえ	