

耳鼻科 耳鳴り問診票

受診日 _____

ID: _____

名前: _____

a. 耳鳴りはいつからですか？

徐々に / 突然 約 _____ 年前から 約 _____ ヶ月前から 約 _____ 日前から
そのきっかけはありますか？ ない / ある できごと、病名など _____

b. 耳鳴りの部位は？

右耳 / 左耳 / 両耳 / 頭皮上 / 頭の中 / その他 _____

c. 耳鳴りはどんな音ですか？

(例 キーン、ジー、ピー、ザッザッ 耳鳴りの数だけ書いてください) _____

d. 耳鳴りの特徴は？ いくつでも可

{鳴る時と鳴らない時がある / 一日中鳴っている / 脈打つ / リズムがある / 一定している}

{高い音 / 低い音 / どちらともいえない}

{1種類 / 2種類 / 3種類以上}

e. 耳鳴りの大きさは？

とても小さい / 小さい / 中くらい / 大きい / とても大きい

f. 耳鳴りはどの程度気になりますか、それを線上に表すとどの程度ですか？

✓で示してください

0

50

100

気にならない

時々気になる

気になってしょうがない

g. 耳鳴りの音がとても強くなる（つらくなる）時がありますか？

ない / ある どの時？ _____

h. 耳鳴りで眠れないことがありますか？

ない / ある / 耳鳴り以外のことで眠れない

i. 耳鳴りが大きなストレスになっていますか？

ない / ある / 耳鳴り以外のことでストレス

j. 補聴器を使用していますか？

いいえ / はい / 購入を考えている

k. 周囲の音が敏感（不快）に感じることはありますか？

ない / ある どの時？ _____

l. 耳鳴りの治療を受けたことがありますか？

ない / ある 内容は？ _____

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までお持ちください。

南大沢メディカルプラザ