

耳鳴初診 問診表 (v1)

患者氏名:

記載日:

① 耳鳴はいつから始まりましたか？

② 耳鳴の何が一番困りますか？

耳鳴と頭痛の関係性が最近言われています。頭痛について教えてください。

③ ご家族に頭痛持ちのかたがいらっしゃいますか？

1. はい ( 母 姉妹 祖母などを記入: )

2. いいえ

3. 不明

④ 頭痛持ちですか？(片頭痛を含む)

1 a.今回初めて頭痛になった

1 b.以前から頭痛あり、今も頭痛持ち

・・・以前の頭痛は何歳から何歳まで？ ( ) 歳から ( ) 歳まで

2. 以前は、頭痛持ちだった

・・・以前の頭痛は何歳から何歳まで？ ( ) 歳から ( ) 歳まで

3. 頭痛なし

⑤頭痛について教えてください。(頭痛もしくは片頭痛ありの方のみお答えください。)

1. 頭痛には前兆がある(きらきらが見える・手足のしびれ・脱力感)

2. 頭痛には前兆がない

⑥耳鳴と頭痛の関係について教えてください。(頭痛もしくは片頭痛ありの方のみお答えください。)

1. 耳鳴がきて頭痛がくる

2. 頭痛がきて耳鳴が来る

3. 耳鳴と頭痛が同時に来る

4. 耳鳴と頭痛は無関係

⑦ 耳鳴治療について希望があればお書き下さい。

めまい問診表(ver2.3)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

① めまいは初めてですか？

1. 初めて      2. 以前にも感じたことがある⇒それはいつですか？( \_\_\_\_\_ )

② 今回めまいを感じたのは、いつ、どこで、どんな時ですか？

1. 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時頃  
2. 場所 ( \_\_\_\_\_ ) 3. 何をしていたか？( \_\_\_\_\_ )

③ めまいが起きる時、何か誘因はありますか？(当てはまるものに○をして下さい。複数回答可)

1. なし      3. 睡眠不足      5. 頭や首を動かした時  
2. 疲労感      4. 動くものを見た時      6. その他( \_\_\_\_\_ )

④ めまいと同時、又はめまいの前におきる症状はありますか？(当てはまるものに○をして下さい)

1. 耳鳴り(左・右)      3. 耳の詰まる感じ(左・右)      5. 頭痛      7. 音がうるさく感じる  
2. 難聴(左・右)      4. 吐き気      6. 光に過敏になる      8. その他( \_\_\_\_\_ )

⑤ めまいはどのような感じですか？(思い当たるものに○をして下さい。複数回答可)

1. 回転する      2. ふらふらする      3. 目の前が暗くなる      4. その他( \_\_\_\_\_ )

⑥ めまいはどれくらい続きますか？(一番多い持続時間に○をして下さい。)

1. 5分以内      2. 5分～1時間以内      3. 1時間～24時間以内      4. 1日以上

⑦ めまいの頻度はどれくらいですか？

1. 毎日      3. 月一回以上      5. その他( \_\_\_\_\_ )  
2. 週一回以上      4. 年一回以上

※ 発作的なめまいのあった日付(だいたいの日付)がわかれば、記載して下さい。

⑧ ご家族に頭痛持ちのかたがいらっしゃいますか？

1. はい ( 母 姉妹 祖母などを記入: \_\_\_\_\_ )  
2. いいえ

⑨ 頭痛持ちですか？(片頭痛を含む)

- 1a. 今回初めて頭痛になった  
1b. 以前から頭痛あり、今も頭痛持ち・・・以前の頭痛は何歳から何歳まで？( \_\_\_\_\_ )歳から( \_\_\_\_\_ )歳まで  
2. 以前は、頭痛持ちだった・・・以前の頭痛は何歳から何歳まで？( \_\_\_\_\_ )歳から( \_\_\_\_\_ )歳まで  
3. 頭痛なし

⑩ 頭痛について教えてください。(頭痛もしくは片頭痛ありの方のみお答えください。)

1. 頭痛には前兆がある(きらきらが見える・手足のしびれ・脱力感)  
2. 頭痛には前兆がない

⑪ めまいと頭痛の関係について教えてください。(頭痛もしくは片頭痛ありの方のみお答えください。)

1. めまいがきて頭痛がくる      3. めまいと頭痛が同時に来る  
2. 頭痛がきてめまいが来る      4. めまいと頭痛は無関係

⑫ めまい治療について希望があればお書き下さい。

全部で3枚裏もあります。。

氏名

この調査の目的は、あなたがめまいによって、日常生活上どのような支障をきたしているのかわかることにあります。

医師記入欄  
(こちらには、  
記入しないで  
下さい。)

それぞれの質問に「はい」「時々」「いいえ」のどれかに○をしてください

4 2 0 P E F

		4	2	0	P	E	F
1	上を見上げると、めまいは悪化しますか？	はい	時々	いいえ			
2	めまいのために、ストレスを感じますか？	はい	時々	いいえ			
3	めまいのために、出張や旅行などの遠出が制限されていますか？	はい	時々	いいえ			
4	スーパーマーケットなどの陳列棚の間を歩く時に、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			
5	めまいのために、寝たり起きたりすることに支障をきたしますか？	はい	時々	いいえ			
6	めまいがひどいために、映画、外食、パーティーなどに行くことを制限していますか？	はい	時々	いいえ			
7	めまいのために、本などを読むのが難しいですか？	はい	時々	いいえ			
8	スポーツ、ダンス、掃除や皿を片付けるような家事などの動作でめまいが増強されますか？	はい	時々	いいえ			
9	めまいのために、1人で外出するのが怖いですか？	はい	時々	いいえ			
10	めまいのために、人前に出るのが嫌ですか？	はい	時々	いいえ			
11	頭をすばやく動かすと、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			
12	めまいのために、高い所へは行かないようにしていますか？	はい	時々	いいえ			
13	寝返りをすると、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			
14	めまいのために、激しい家事や庭掃除などをすることが困難ですか？	はい	時々	いいえ			
15	めまいのために、周囲から自分が酔っているように思われているのではないかと心配ですか？	はい	時々	いいえ			
16	めまいのために、1人で散歩に行くことが困難ですか？	はい	時々	いいえ			
17	歩道を歩くときに、めまいは増強しますか？	はい	時々	いいえ			
18	めまいのために、集中力が妨げられていますか？	はい	時々	いいえ			
19	めまいのために、夜暗い中、家の周囲を歩くことが困難ですか？	はい	時々	いいえ			
20	めまいのために、家に1人でいることが怖いですか？	はい	時々	いいえ			
21	めまいのために、自分がハンディキャップを背負っていると感じますか？	はい	時々	いいえ			
22	めまいのために、家族や友人との関係にストレスが生じていますか？	はい	時々	いいえ			
23	めまいのために、気分が落ち込みがちになりますか？	はい	時々	いいえ			
24	めまいのために、あなたの仕事や家事における責任感が損なわれていますか？	はい	時々	いいえ			
25	身体をかがめると、めまいが増強しますか？	はい	時々	いいえ			

裏もあります。

# 耳鳴問診票 (1/3)

HAD

氏名:

気分の変化は、病気に重要な影響を与える事もあり、これを知る事が、治療に役立つ事があります。以下の質問に、あまり考え込まずにお答えください。長い時間考え込むと不正解になる事があります。各項目一つだけお答えください。

☆最近の気持ちについて、当てはまる 数字 にQを付けてください。

<p><b>1. 緊張したり気持ちが張りつめたりする事が:</b></p> <p>1 しょっちゅうあった 2 たびたびあった 3 時々あった 4 全く無かった</p>	<p><b>2. むかし楽しんだ事を今でも楽しいと思う事が:</b></p> <p>1 めったに無かった 2 少しだけあった 3 かなりあった 4 まったく同じだけあった</p>
<p><b>3. 何か恐ろしい事が起ころうとしているという恐怖感を持つ事が:</b></p> <p>1 しょっちゅうあって、非常に気になった 2 たびたびあるが、あまり気にならなかった 3 少しあるが、気にならなかった 4 全く無かった</p>	<p><b>4. 物事の面白い面を笑ったり、理解したりする事が:</b></p> <p>1 全く出来なかった 2 少しだけ出来た 3 かなり出来た 4 いつもと同じだけ出来た</p>
<p><b>5. 心配事が心に浮かぶ事が:</b></p> <p>1 しょっちゅうあった 2 たびたびあった 3 それほど多くは無いが、時々あった 4 ごくたまにあった</p>	<p><b>6. 機嫌の良いことが:</b></p> <p>1 全く無かった 2 たまにあった 3 時々あった 4 しょっちゅうあった</p>
<p><b>7. 楽に座って、くつろぐ事が:</b></p> <p>1 全く出来なかった 2 たまに出来た 3 たいてい出来た 4 必ず出来た</p>	<p><b>8. 仕事を怠けているように感じる事が:</b></p> <p>1 ほとんどいつもあった 2 たびたびあった 3 時々あった 4 全く無かった</p>
<p><b>9. 不安で落ち着かないような恐怖感を持つことが:</b></p> <p>1 しょっちゅうあった 2 たびたびあった 3 時々あった 4 全く無かった</p>	<p><b>10. 自分の顔、髪型、服装に関して:</b></p> <p>1 関心が無くなった 2 以前よりも気を配っていなかった 3 以前ほどは気を配っていなかったかもしれない 4 いつもと同じように気を配っていた</p>
<p><b>11. じっとしていられないほど落ち着かない事が:</b></p> <p>1 しょっちゅうあった 2 たびたびあった 3 少しだけあった 4 全く無かった</p>	<p><b>12. 物事を楽しみにして待つことが:</b></p> <p>1 めったに無かった 2 以前よりも明らかに少なかった 3 以前ほどは無かった 4 いつもと同じだけあった</p>
<p><b>13. 突然、理由の無い恐怖感(パニック)に襲われることが:</b></p> <p>1 しょっちゅうあった 2 たびたびあった 3 少しだけあった 4 全く無かった</p>	<p><b>14. 面白い本や、ラジオ又はテレビ番組を楽しむことが:</b></p> <p>1 ほとんどめったに出来なかった 2 たまに出来た 3 時々出来た 4 たびたび出来た</p>

A 28-

D 28-

【01070T】表示日:<<KISAIDAY>> 発行者:<<SYDPTNAME>> <<SYUSRNAME>>

## 耳鳴問診票 (2/3)

THI

患者氏名:

この検査は、耳鳴があなたにどのような障害を引き起こしているか調べるためのものです。

各質問についてあてはまる番号に○をつけてください	よくある	たまにある	ない
1 耳鳴のために物事に集中できない。	4	2	0
2 耳鳴の音が大きくて人の話が聞き取れない。	4	2	0
3 耳鳴にたいして腹が立つ	4	2	0
4 耳鳴のために混乱してしまう。	4	2	0
5 耳鳴のために絶望的な気持ちになる。	4	2	0
6 耳鳴について多くの不満を訴えてしまう。	4	2	0
7 夜寝るときに耳鳴が妨げになる。	4	2	0
8 耳鳴から逃れられないかのように感じる。	4	2	0
9 あなたの社会的活動が耳鳴により妨げられている。 (例えば、外食をする、映画を観るなど)	4	2	0
10 耳鳴のために挫折を感じる。	4	2	0
11 耳鳴のために自分がひどい病気であるように感じる。	4	2	0
12 耳鳴があるために日々の生活を楽しめない。	4	2	0
13 耳鳴が職場や家庭での仕事の妨げになる。	4	2	0
14 耳鳴のためにいらいらする	4	2	0
15 耳鳴のために読書ができない。	4	2	0
16 耳鳴のために気が動転する。	4	2	0
17 耳鳴のために家族や友人との関係にストレスを感じる。	4	2	0
18 耳鳴から意識をそらすのは難しいと感じる。	4	2	0
19 自分一人で耳鳴を管理していくのは難しいと感じる。	4	2	0
20 耳鳴のために疲れを感じる。	4	2	0
21 耳鳴のために落ち込んでしまう。	4	2	0
22 耳鳴のために体のことが心配になる。	4	2	0
23 耳鳴とこれ以上つき合っていけないと感じる。	4	2	0
24 ストレスがあると耳鳴がひどくなる。	4	2	0
25 耳鳴のために不安な気持ちになる。	4	2	0

この検査は、聞こえにくいために、あなたがどのように困っているかを調べるためのものです。

当てはまる数字に丸をお付け下さい。

はい 時々ある いいえ

1	聞こえにくいために電話をかけたくないと思いますか？	4	2	0
2	初対面の人と会うときに聞こえなくて困ることがありますか？	4	2	0
3	聞こえにくいために人とつきあうのを避けてしまうことがありますか？	4	2	0
4	聞こえなくて、いらいらしますか？	4	2	0
5	家族と話をする時、聞こえにくくいらいらすることがありますか？	4	2	0
6	パーティや会合で、聞こえにくく困ることがありますか？	4	2	0
7	職場の人や顧客のはなしを聞いたり理解するとき、聞こえにくく困ることがありますか？	4	2	0
8	聞こえが悪いと障害者だと感じますか？	4	2	0
9	友人、親戚、近所の人と話をする時、聞こえにくく困ることがありますか？	4	2	0
10	職場の人や顧客のはなしを聞いたり理解するとき、聞こえにくくいらいらすることがありますか？	4	2	0
11	映画館や劇場で聞こえが悪くて困ることがありますか？	4	2	0
12	聞こえにくく神経質になっていますか？	4	2	0
13	聞こえにくく、友人、親戚、近所の人と会いたくなくなりますか？	4	2	0
14	聞こえにくく、家族の人と口論になることがありますか？	4	2	0
15	テレビやラジオを聴く時、聞こえにくく困ることがありますか？	4	2	0
16	聞こえにくいために買い物に行きたくなくなりますか？	4	2	0
17	聞こえが悪かったり聞こえにくいために体調が悪いですか？	4	2	0
18	聞こえにくいためにひとりでいたいと思うことがありますか？	4	2	0
19	聞こえにくいために家族との会話が減りますか？	4	2	0
20	聞こえにくいことで、あなたの私生活や社会活動が制限されていると思いますか？	4	2	0
21	親戚や友人とレストランにいる時に、聞こえにくく困ることがありますか？	4	2	0
22	聞こえにくいために気分が落ち込んでいますか？	4	2	0
23	聞こえが悪いためにテレビを見たりラジオを聴かなくなりますか？	4	2	0
24	友人とおしゃべりをする時に聞こえにくいことを不愉快に感じますか？	4	2	0
25	仲間といるとき聞こえにくいために取り残されているように感じますか？	4	2	0

はい 時々ある いいえ

## 追加問診票

日付\_\_\_\_\_ 名前\_\_\_\_\_

以下の項目に当てはまるところに○をしてください。

		はい	いいえ
1	自分ではできるだけ正直でありたいと思う。		
2	自分は細かいことに気を遣いすぎていると思うことがある。		
3	注意深く慎重に物事を行っても、「もう、大丈夫だ」という気になれない。		
4	何回かチェックしないと気が済まないときがある。		
5	病気にならないように必要以上に気をつけている。		