

耳鳴り問診表

こだま耳鼻咽喉科クリニック

氏名

記入年月日 年 月 日

該当する記号を○で囲み又必要な事項を記入して下さい

1. 耳鳴りに気づいたのはいつですか？

年 月 日頃

2. 何と一緒に耳鳴りが始まりましたか

a 病気 b 大きい音を聞いてから c 難聴 d めまい e 手術 f その他

3. 耳鳴りはどちらの耳にしますか

a 右耳 b 左耳 c 両耳 d その他(例:頭の中 後頭部 頭全体)

4. 耳鳴りはどんな音がしますか

a ブーン b ゴー c カチカチ d ボー e シュー f リーン g ドキドキ h ヒュー
i ジー j ガーン k ポー l ブー m キーン n シーン o その他

5. 耳鳴りの強さは

a 非常に大きい(非常に強くほとんどなにもできない)
b 気になる程度 (強いががまんできる)
c わずか(聞こえるけれど気にならない)

6. 耳鳴りが生活の妨げになりますか

a 生活の妨げにならない b すこし妨げる c 生活の妨げとなるが必要なことはできる
d 何もできないくらいひどい

7. 耳鳴りは一日のうちいつが一番ひどいですか

a 朝 b 午後 c 夕方 d 夜 e 一日中同じ

8. 耳鳴りのために眠れないですか

a はい b いいえ

9. 耳鳴りと一緒に何か症状が起こりますか

a はい どんな症状ですか b いいえ

10. 耳鳴りがひどくなるのは下記のどの為ですか(いくつでも可)

a 疲労 b 興奮 c 睡眠不足 d 体操 e 頭位または体位をかえる f 大きい音を聞く
g うるさい場所 h 季節の変わり目 i 薬を服用すると(薬の名前) j 生理 k 酒
l 常に同じ m その他

11. 何をすると耳鳴りがよくなりますか

a 睡眠 b 安定剤の内服 c 食事 d 酒 e 安静 f 体操 g 変わらない h その他